بررسی فراوانی و توزیع جغرافیایی

نیروی انسانی دندانپزشکی کشور در سال ۱۳۹۱

پدیدآورندگان

دکتر محمد جواد خرازی فرد - دکتر الهیار گرامی - دکتر بهمن سراج

دکتر حسین حصاری - دکتر فرشاد فرزادفر

دکتر اسمعیل یزدی (مشاور و ناظر)

با همکاری

الهام بهزادی مهتاب نصرتی پرینوش کوثریان



فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

۱۳۹۳

به‌نام آنکه جان را فکرت آموخت

بررسی فراوانی و توزیع جغرافیایی نیروی انسانی دندان‌پزشکی کشور در سال ۱۳۹۱



معاونت علمی

فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

بررسی فراوانی و توزیع جغرافیایی نیروی انسانی دندان‌پزشکی کشور در سال ۱۳۹۱

دست آورد یکی از طرح‌های مصوب
گروه علوم دندان‌پزشکی

پدیدآورندگان

دکتر محمدجواد خرازی‌فرد، دکتر الهیار گرامی، دکتر بهمن سراج، دکتر حسین حصاری،
دکتر فرشاد فرزادفر، دکتر اسمعیل یزدی (مشاور و ناظر)

با همکاری

الهام بهزادی، مهتاب نصرتی، پرینوش کوثریان

عنوان: بررسی فراوانی و توزیع جغرافیایی نیروی انسانی دندان‌پزشکی کشور در سال ۱۳۹۱
پدیدآورندگان: دکتر محمدجواد خرازی‌فرد، دکتر الهیار گرامی، دکتر بهمن سراج، دکتر حسین حصاری، دکتر فرشاد فرزادفر، دکتر اسمعیل یزدی (مشاور و ناظر)، الهام بهزادی، مهتاب نصرتی، پرینوش کوثریان (طرح مصوب گروه علوم دندان‌پزشکی فرهنگستان علوم پزشکی)
مشخصات نشر: تهران، انتشارات نزهت، ۱۳۹۳
مشخصات ظاهری: ۱۱۷ ص متن و جدول.
موضوع: دندانپزشکان-- ایران-- نمونه‌پژوهی

عنوان: بررسی فراوانی و توزیع جغرافیایی نیروی انسانی دندان‌پزشکی کشور در سال ۱۳۹۱
پدیدآورندگان: دکتر محمدجواد خرازی‌فرد، دکتر الهیار گرامی، دکتر بهمن سراج، دکتر حسین حصاری، دکتر فرشاد فرزادفر، دکتر اسمعیل یزدی (مشاور و ناظر)، الهام بهزادی، مهتاب نصرتی، پرینوش کوثریان
ناشر: فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران
طراحی و صفحه‌آرایی: الهام بهزادی
تعداد صفحات: ۱۱۷ ص
قطع: وزیری
نوبت چاپ: اول
صحافی: شرکت مبینا چاپ
شمارگان: ۱۰۰۰ جلد
تاریخ چاپ: پاییز ۱۳۹۳
لیتوگرافی: شرکت مبینا چاپ
چاپ: موسسه انتشارات نزهت

فهرست مطالب

عنوان ....شماره صفحه

قدردانی

انجام این مطالعه با کمک و هماهنگی نهادهای مختلف و بزرگوارانی انجام شد که پژوهشگران این طرح بر خود واجب می‌دانند به این عزیزان ادای احترام کنند.

در درجه اول بر خود لازم می‌بینیم از حمایت‌های مادی و معنوی فرهنگستان علوم پزشکی به ویژه جناب آقای دکتر اسمعیل یزدی مشاور و ناظر طرح و رئیس محترم گروه علوم دندان‌پزشکی، جناب آقای دکتر فریدون عزیزی معاون محترم علمی و جناب آقای مهندس ناصر ولایی قائم‌مقام محترم معاون علمی و مدیر علم سنجی و ارزشیابی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران سپاسگزاری کنیم.

همچنین از جناب آقای دکتر علی یزدانی، معاون محترم آموزشی و پژوهشی سازمان نظام پزشکی کشور و جناب آقای دکتر محمد بیات، معاون وقت مالی و پشتیبانی آن سازمان که اطلاعات پایه در زمینه وضعیت خدمت دندان‌پزشکان موجود در آن سازمان را در اختیار پژوهشگران قرار دادند، کمال تشکر را داریم.

از مسئولین محترم اداره سلامت دهان معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به ویژه جناب آقای دکتر محمدحسین خوشنویسان و جناب آقای دکتر محمدحسین کریمی، کارشناس محترم آن دفتر که اطلاعات مربوط به نحوه ارائه خدمات در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور را در اختیار ما قرار دادند سپاسگزاری می‌کنیم. از جناب

آقای دکتر اکبر فاضل، دبیر محترم دبیرخانه شورای آموزش دندان‌پزشکی و تخصصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که اطلاعات مرتبط با آن دبیرخانه را در اختیـار مـا قـرار دادند و همکاری سرکار خانم دکتر مهشید یاراحمـدی و سـرکار خـانم فاطمـه سـیگارچیان کارشناس محترم آن دفتر کمال تشکر را داریم. همچنین قدردان رؤسـا و معـاونین آمـوزش دانشکده‌های دندان‌پزشکی سراسر کشور به جهت به‌روزرسانی این اطلاعات هستیم.

فصل اول

کلیات پژوهش

چکیده

تعیین نیروی انسانی مورد نیاز دندان‌پزشک با توجه به جایگاه آن‌ها در ارتقای سطح سلامت دهان از یک سو و هزینه‌بر بودن تربیت و تبعات عدم به‌کارگیری مناسب ایشان از سوی دیگر اهمیت ویژه‌ای دارد. این مطالعه باهدف تعیین تعداد و توزیع جغرافیایی دندان‌پزشکان کشور و پیش‌بینی روند افزایش ایشان به عنوان بستر اولیه در جهت برآورد نیروی مورد نیاز طراحی شده است.

اطلاعات در مورد وضعیت دندان‌پزشکان کشور از طریق نهادهای رسمی، بانک‌های اطلاعاتی سازمان نظام پزشکی کشور، اداره سلامت دهان و دبیرخانه آموزش دندان‌پزشکی استخراج شد. همچنین جهت تکمیل اطلاعات با نمونه ۷۰۰ نفری از دندان‌پزشکان تماس تلفنی برقرار شد. اطلاعات دندان‌پزشکان تا آذرماه سال ۱۳۹۱ در مطالعه منظور شد. توزیع جغرافیایی دندان‌پزشکان دارای پروانه فعالیت بر حسب شهرستان به دست آمد.

تا پایان آذرماه سال ۱۳۹۱ تعداد ۲۴۴۹۲ شماره نظام پزشکی منحصربه‌فرد به دندان‌پزشکان اختصاص داده شده است که از این میان تعداد ۲۱۵۷۶ نفر در این زمان در کشور مشغول به فعالیت هستند. در حال حاضر به ازای هر ۳۵۲۸ نفر جمعیت در کشور یک دندان‌پزشک وجود دارد که با عدم تغییر در شیوه جذب این تعداد در سال ۱۴۰۰ به ۲۳۸۲ نفر می‌رسد.

نسبت دندان‌پزشک به جمعیت در محروم‌ترین شهرستان‌های کشور به تهران تفاوتی بیش از صد برابر دارد.

در حال حاضر کشور کمبودی از لحاظ میزان دندان‌پزشک ندارد اما نظام توزیع نیرو در کشور نیازمند بازنگری کلی است.

◄ کلیدواژه‌ها

دندان‌پزشک، نیروی انسانی، توزیع جغرافیایی، ایران.

مقدمه

سلامت دهان به عنوان یکی از مؤلفه‌های تأثیرگذار بر سلامت جسم و روان اهمیت والایی در برنامه‌ریزی‌های ارائه خدمات بهداشتی درمانی دارد. برخورداری مناسب از خدمات سلامت و بهداشت دهان به عنوان یکی از ارکان ارتقای سلامت دهان، نیازمند دسترسی سهل و آسان به این خدمات است که با حضور تعداد مکفی نیروی انسانی ماهر و توانمند در زمینه دندان‌پزشکی و در رأس آن‌ها دندان‌پزشکان و توزیع مناسب آن‌ها محقق می‌شود. از طرفی تربیت یک دندان‌پزشک توانمند در ارائه خدمات مورد نیاز، مستلزم صرف هزینه و زمان بالایی است. بنابراین برنامه‌ریزی برای تعیین تعداد دندان‌پزشک و سایر نیروهای انسانی وابسته مورد نیاز و توزیع جغرافیایی این نیروها می‌تواند نحوه ارائه خدمات سلامت دهان را با هزینه- کارآمدترین روش تحت تأثیر قرار دهد.

برآورد تعداد دندان‌پزشکان مورد نیاز به عنوان بستر اصلی ارائه خدمات تابع عوامل متعددی است از جمله:

- تغییر در تعداد، ترکیب سنی و پراکندگی جغرافیایی جمعیت به عنوان گیرندگان خدمت.
- تغییر در میزان تقاضای خدمات درمانی و پیشگیری مورد نیاز که خود تابعی از دو عامل اصلی تغییر در نیاز جمعیت تحت پوشش و تغییر در توقعات دریافت‌کنندگان خدمات است.
- تغییر در روند بیماری‌های دهان و دندان با تاکید بر بیماری‌های باز پدید و نوپدید.

- تغییر در فناوری ارائه خدمات که زمان و نحوه ارائه خدمت را تحت تأثیر قرار می‌دهد.
- تغییر در ترکیب سنی و جنسی دندان‌پزشکان که محل جغرافیایی خدمت و ساعت‌های ارائه خدمت آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد.
- تغییر در تعداد و پراکندگی جغرافیایی دیگر نیروهای انسانی شاغل در حرفه دندان‌پزشکی (چه در سطوح بالاتر ارائه خدمات و چه در سطوح پایین‌تر آن)
- تغییر در سیاست‌های بیمه‌ای پوشش‌دهنده خدمات دندان‌پزشکی (۶).
- مهاجرت دندان‌پزشکان به داخل و خارج از کشور و حتی در سطح مناطق جغرافیایی کوچک‌تر مانند مهاجرت به شهرهای بزرگ‌تر.
- تغییر در سیاست‌های متمرکز بر نحوه تعریف و انجام تعهدات قانونی و حرفه‌ای و نحوه ارائه خدمات دندان‌پزشکی

بدیهی است تنها با توجه به جمیع عوامل فوق می‌توان تعداد نیروی انسانی مورد نیاز در آینده را پیش‌بینی کرد. همچنین ذکر این نکته ضروری است که با توجه به این که درصد قابل‌توجهی از این عوامل در نقاط جغرافیایی مختلف کشور، تغییرات جداگانه و گاه متناقضی دارند، برآورد نیروی انسانی مورد نیاز را بایستی با توجه به نیازهای محلی و در مناطق جغرافیایی محدود انجام داد.

جهت برآورد نیروی انسانی مورد نیاز نظام‌های سلامت دو رویکرد اصلی وجود دارد: رویکرد اول که مبتنی بر نیاز است. رویکرد دوم، رویکرد اقتصادمحور است که با توجه به آنچه به عنوان بودجه دولتی و هزینه شخصی در نظام سلامت دهان منطقه‌ای هزینه می‌شود تعداد

نیروی انسانی مورد نیاز در این حرفه را برآورد می‌کند؛ اما به نظر می‌رسد که در نظامی چون کشور ما که اولاً از دیدگاه هزینه در سلامت نظام دولتی - خصوصی با سهم متغیر بخش غیردولتی است می‌توان با ترکیب دو روش فوق با ارائه چندین نمونه برآوردی از بین این مدل‌ها هزینه-کارآمدترین روش را انتخاب و برای دستیابی به آن در تمامی سطوح برنامه‌ریزی مناسبی ارائه کرد.

تاکنون آمار متفاوتی از تعداد دندان‌پزشکان حاضر در کشور از سوی نهادهای مختلف ارائه شده است. تهیه آمار مستند به همراه ارائه نحوه توزیع جغرافیایی نیروی انسانی دندان‌پزشکی موجود، می‌تواند نشانگر وضعیت حال و گذشته ارائه خدمات دندان‌پزشکی باشد و باعث می‌شود تا بر مبنای نتایج به دست آمده از این طرح پژوهشی، داوری صحیح‌تری در جهت کاهش یا گسترش دانشکده‌های دندان‌پزشکی داشته باشیم.

نتایج این طرح در حقیقت تعداد و توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشکی کنونی در استان‌های مختلف را نشان می‌دهد و به عنوان یک نقطه شروع مورد استفاده قرار می‌گیرد تا با برآورد تعداد نیروی انسانی دندان‌پزشکی مورد نیاز و مقایسه آن وضعیت توزیع با نیروهای موجود، بتوان گامی را در جهت برآورد تعداد و نوع نیروی مورد نیاز به منظور تربیت ایشان و برنامه‌ریزی کلی در جهت تأسیس، گسترش یا در صورت لزوم تغییر رسالت دانشکده‌های دندان‌پزشکی و سیاست‌گذاری در مورد تعداد و نحوه پذیرش دانشجو در این مراکز برداشت.

همچنین نتایج این مطالعه بستری را فراهم می‌سازد تا پس از مشخص شدن تعداد نیروی انسانی مورد نیاز در سامانه شبکه دولتی، با تعیین وضعیت کنونی امکانات ارائه خدمت

دندان‌پزشکان در سامانه دولتی، برنامه مناسبی در جهت ارتقای کارایی این سامانه و هدایت سامانه سلامت خصوصی در جهت ارتقای سلامت دهان جامعه ارائه دهد.

◄ هدف از اجرا

هدف از انجام این پژوهش تعیین فراوانی و نحوه توزیع جغرافیایی نیروی انسانی دندان‌پزشکی در استان‌های مختلف در سال ۱۳۹۱ بود. همچنین در این مطالعه با بررسی توزیع سنی، جنسی و محل ارائه خدمت، وضعیت ارائه خدمات دندان‌پزشکی در سطح هر استان مورد مطالعه قرار گرفت.

با استفاده از نتایج مطالعه حاضر وضعیت فعلی نیروی انسانی دندان‌پزشکی در سطح هر استان و میزان فاصله تا وضعیت ایده‌آل تعیین شد.

◄ اهداف اختصاصی

از جمله اهداف اختصاصی طرح تعیین فراوانی نیروهای انسانی دندان‌پزشکی در استان‌های کشور بر حسب سن و جنس، تعیین نسبت دندان‌پزشک به جمعیت در استان‌های مختلف کشور، تعیین فراوانی تعداد نیروهای انسانی دندان‌پزشکی شاغل در سامانه شبکه در استان‌های کشور، تعیین تعداد جایگاه‌های ارائه خدمات دندان‌پزشکی در سامانه شبکه در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۱ و نیز تعداد دندان‌پزشکان دانش‌آموخته داخل و خارج از کشور در طی ده سال گذشته بود. همچنین فراوانی تعداد نیروی انسانی در حال تحصیل در رشته‌های مرتبط با دندان‌پزشکی در دانشگاه‌های کشور نیز به دست آمد.

فصل دوم

روش پژوهش

روش پژوهش و نحوه انجام آن

مطالعه حاضر باهدف تعیین فراوانی و نحوه توزیع جغرافیایی دندان‌پزشکان در کشور در سال ۱۳۹۱ و پیش‌بینی تعداد آن‌ها تا سال ۱۴۰۰ طراحی شده بود.

پس از مکاتبه با سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران دو فایل اطلاعاتی از معاونت آموزشی پژوهشی این سازمان دریافت شد. فایل اول اطلاعات اولیه مربوط به کلیه دندان‌پزشکان دارای شماره نظام پزشکی و فایل دوم اطلاعات مرتبط با دندان‌پزشکان دارای پروانه مطب یا پروانه فعالیت در درمانگاه بود. در فایل اول اطلاعات مرتبط با ۲۴۶۲۴ مورد ذکر شده بود که پس از حذف موارد تکراری ۲۴۱۱۸ رکورد منحصربه‌فرد استخراج شد. همچنین با توجه به این که اطلاعات تعدادی از دندان‌پزشکان صرفاً در فایل دوم موجود بود، در نهایت تعداد کلی دندان‌پزشکانی که تا پایان آذرماه سال ۱۳۹۱ شماره نظام پزشکی اخذ نموده بودند ۲۴۴۹۲ نفر بود.

در این میان بر اساس اطلاعات سازمان نظام پزشکی کشور ۱۲۷۰۳ دندان‌پزشک عمومی و متخصص دارای پروانه مطب یا فعالیت در مراکز خصوصی و دولتی می‌باشند. بر اساس فهرست موجود، به طور تصادفی با سی نفر از این دندان‌پزشکان تماس تلفنی برقرار شد و درستی و به‌روز بودن اطلاعات ارزیابی شد که بر این مبنا صحت اطلاعات تأیید شد.

اطلاعات دندان‌پزشکان استخدامی و/یا افرادی که مشغول گذراندن طرح نیروی انسانی خود در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی کشور هستند از دفتر سلامت دهان معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور استخراج شد. همچنین اطلاعات دندان‌پزشکان مشغول به تحصیل در دوره دستیاری تخصصی و اعضای هیئت‌علمی در حال گذراندن طرح و/یا تمام وقت جغرافیایی از دبیرخانه شورای آموزش دندان‌پزشکی و تخصصی معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اخذ شد.

با توجه به این که از وضعیت فعالیت همه دندان‌پزشکان اطلاعات دقیقی در دسترس نبود، نمونه‌ها بر اساس شماره نظام پزشکی مرتب شدند و از بین شماره‌های نظام پزشکی از هر ده هزار شماره تعداد ۵۰ نفر و در مجموع ۷۰۰ نفر انتخاب شدند. همچنین با استفاده از اطلاعات مربوط به افراد، با ایشان تماس تلفنی حاصل شد و در صورت عدم وجود شماره تماس (۱۱ مورد) و/یا عدم پاسخ (۱۴۸ مورد)، نفر بعدی در فهرست نظام پزشکی جایگزین می‌شد. در مواردی که نفر بعدی در فهرست جزء افراد انتخاب شده بود (۱۷ مورد) و/یا در صورت عدم پاسخ‌دهی (۱۵ مورد) با نفر قبلی در فهرست تماس گرفته می‌شد.

جهت استخراج نسبت دندان‌پزشک به جمعیت به تفکیک شهرستان‌های کشور، جمعیت هر شهرستان با استفاده از اطلاعات مرکز آمار ایران بر اساس سرشماری نفوس سال ۱۳۹۰ ایران استخراج شد. با توجه به این که در بسیاری از شهرستان‌های ایران در حال حاضر هیچ دندان‌پزشکی مشغول به خدمت نیست، جهت برآورد نسبت جمعیت به دندان‌پزشک از «شاخص تخصیص» با فرمول ذیل استفاده شد.

◀ شاخص تخصیص

براساس این شاخص که یکی از نشانگرهای اولویت تخصیص دندان‌پزشک به جمعیت است، مشخص می‌شود که با تخصیص یک دندان‌پزشک جدید به هر شهرستان، نسبت دندان‌پزشک به جمعیت در آن شهرستان چه عددی خواهد شد.

جهت پیش‌بینی تعداد دندان‌پزشکان و نسبت آن‌ها به جمعیت تا سال ۱۴۰۰، تعداد دانشجویان ورودی سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۱ بر اساس اطلاعات ارسالی دانشکده‌ها به دبیرخانه شورای آموزش دندان‌پزشکی کشور به عنوان دانش‌آموختگان سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۷ مد نظر قرار گرفتند و پس از آن نیز با توجه به روند تأسیس دانشکده‌های جدید، متوسط رشد سالیانه تعداد دانشجویان به رقم آخرین سال اضافه شد. همچنین تعداد دانش‌آموختگان خارج از کشور با استفاده از روند ۵ ساله ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۱ برای دوره ۹ ساله بعدی تا سال ۱۴۰۰ محاسبه شد. برای تعیین تعداد دندان‌پزشکانی که به عللی چون مرگ، بازنشستگی و/یا مهاجرت به خارج از کشور، از چرخه خدمت خارج خواهند شد، پس از تخمین تعداد کل دندان‌پزشکان دارای شماره نظام پزشکی تا سال ۱۴۰۰، بر اساس درصد تخمین زده‌شده این حالات در سال ۱۳۹۱، نسبت محاسبه‌شده از کل دندان‌پزشکان کسر شد. همچنین برای تعیین جمعیت کشور در هر سال، از متوسط نرخ رشد جمعیت کشور در ۵ سال گذشته استفاده شد.

در جدول ۱ مراحل انجام این پژوهش به صورت خلاصه ذکر شده است.

مقالاتی که برای ارزیابی راه‌حل‌ها، مورد بررسی قرارگرفته‌اند عبارت‌اند از:

جدول ۱. مراحل اجرای طرح پژوهشی «بررسی فراوانی و توزیع جغرافیایی نیروی انسانی دندان‌پزشکی کشور در سال ۱۳۹۱»

۱.	هماهنگی جهت همکاری نهادهای ذی‌ربط
۲.	استخراج اطلاعات از شعبات سازمان نظام پزشکی
۳.	استخراج اطلاعات از اداره سلامت دهان
۴.	استخراج اطلاعات دانش‌آموختگان و دانشجویان از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
۵.	استخراج اطلاعات از مرکز آمار ایران
۶.	جمع‌آوری اطلاعات در زمینه تعداد دندان‌پزشکان بازنشسته و مهاجرت کرده
۷.	جمع‌بندی و تطبیق اطلاعات منابع مختلف
۸.	آنالیز نتایج و برآورد تعداد دندان‌پزشکان

◀ متغیرهای مورد بررسی

تعداد دندان‌پزشکان در هر استان، شهرستان، سن، جنس و نوع رشته‌های تخصصی تحصیلی دندان‌پزشکان به عنوان متغیرهای این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند.

◀ مشکلات در مراحل انجام پژوهش

اطلاعات در زمینه تعداد دندان‌پزشکان در مراجع و منابع مختلف متفاوت است و هر کدام صحت نسبی دارند، بنابراین سعی شد تا با استفاده از منابع مختلف و انطباق داده‌های استخراج‌شده از این منابع، به نتایج معتبرتری دست پیدا کنیم.

◀ ملاحظات اخلاقی

اطلاعات استخراج‌شده از وضعیت دندان‌پزشکان از مراجع مختلف و/یا اطلاعات حاصل از تماس‌های تلفنی، نزد پژوهشگران به صورت محرمانه باقی‌مانده و یافته‌های مطالعه بدون ذکر نام افراد گزارش شده است.

فصل سوم

یافته‌ها

اطلاعات کلی

تعداد دندان‌پزشکانی که تا پایان آذرماه سال ۱۳۹۱ از سازمان نظام پزشکی کشور شماره نظام پزشکی اخذ کرده‌اند ۲۴۴۹۲ نفر است که از این تعداد ۱۴۶۲۶ مرد (۵۹/۷٪) و ۹۸۶۸ زن (۴۰/۳٪) بودند.

بر اساس برآورد انجام‌شده ۳۷۳ نفر از دندان‌پزشکان (۱/۵٪) فوت‌شده‌اند، ۵۰۶ نفر (۲/۱٪) بازنشسته یا از کارافتاده‌اند، ۲۰۳۷ نفر (۸/۳٪) نیز از کشور مهاجرت کرده‌اند. بر این اساس در پایان آذرماه سال ۱۳۹۱، جمعیت دندان‌پزشکان موجود در کشور ۲۱۵۷۶ نفر برآورد شد که با توجه به جمعیت کشور در سرشماری سال ۱۳۹۰ و احتساب نرخ رشد جمعیت ایران (۱/۲۹) به ازای حدود هر ۳۵۲۰ نفر از جمعیت کشور یک دندان‌پزشک وجود دارد. از این تعداد ۱۲۷۰۳ نفر دارای پروانه مطب یا فعالیت در مراکز خصوصی و دولتی می‌باشند. تعداد ۶۴۶ نفر نیز مشغول گذراندن طرح نیروی انسانی در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی هستند. اطلاعات مربوط به تعداد و درصد دندان‌پزشکان مشغول به ارائه خدمت و نحوه اشتغال آن‌ها پس از دانش‌آموختگی در شرایط مختلف در جدول ۲ آمده است. لازم به ذکر است ۵۲۴۳ نفر از دندان‌پزشکان نیز به گفته خودشان چه به عنوان دستیار و چه به عنوان هیئت‌علمی تمام وقت، نه در حال ارائه خدمت درمانی بوده‌اند و نه درگیر امر آموزش هستند.

جدول ۲. اطلاعات مربوط به نحوه اشتغال و ارائه خدمت دندان‌پزشکان پس از دانش‌آموختگی از دانشگاه در ایران در سال ۱۳۹۱

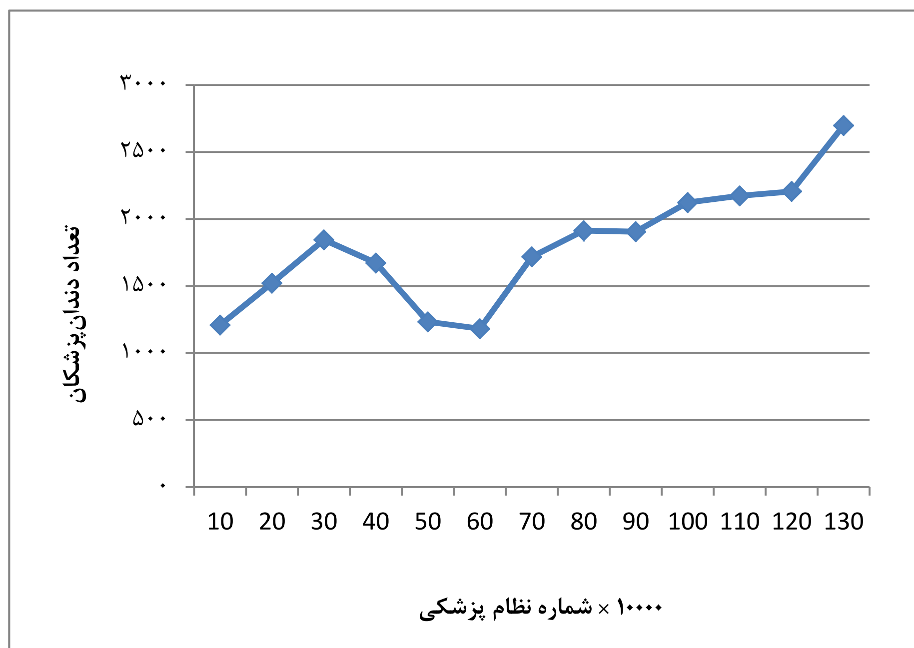
نحوه ارائه خدمات		
دارای پروانه	۱۲۷۰۳	۵۸/۸۶
در حال گذران طرح نیروی انسانی در مراکز بهداشتی درمانی شبکه	۶۴۶	۲/۹۹
در حال گذران طرح نیروی انسانی در مراکز غیر درمانی	۹۷	۰/۴۵
سرباز	۵۹۹	۲/۷۸
دستیار	۱۴۴۱	۶/۶۹
هیئت‌علمی تمام وقت	۸۴۷	۳/۹۳
بدون اطلاعات	۵۲۴۳	۲۴/۳۰
جمع	۲۱۵۷۶	۱۰۰

در جدول شماره ۳ برآورد تعداد دندان‌پزشکان موجود در کشور و نسبت دندان‌پزشک به جمعیت تا سال ۱۴۰۰ آمده است.

جدول ۳. برآورد تعداد دندان‌پزشکان موجود در کشور و نسبت دندان‌پزشک به جمعیت تا سال ۱۴۰۰

	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹	۱۴۰۰
تعداد دانش‌آموختگان	–	۱۶۱۵	۱۸۳۶	۲۰۶۷	۲۲۹۱	۲۳۸۹	۲۷۳۸	۳۲۰۰	۳۵۴۸	۳۷۵۰
تعداد کل دندان پزشکان دارای شماره نظام پزشکی	۲۴۴۹۲	۲۶۱۰۷	۲۷۹۴۳	۳۰۰۱۰	۳۲۳۰۱	۳۴۶۹۰	۳۷۴۲۸	۴۰۶۲۸	۴۴۱۶۷	۴۷۹۲۶
تعداد کل دندان پزشکان موجود	۲۱۵۷۶	۲۳۰۰۰	۲۴۶۱۸	۲۶۴۳۹	۲۸۴۵۷	۳۰۵۶۲	۳۲۹۷۴	۳۵۷۹۳	۳۸۹۱۱	۴۲۲۲۳
جمعیت کشور (به هزار نفر)	۷۶۱۲۷	۷۷۱۱۷	۷۸۱۱۹	۷۹۱۳۵	۸۰۱۶۳	۸۱۲۰۶	۸۲۲۶۱	۸۳۳۳۱	۸۴۴۱۴	۸۵۵۱۱
جمعیت به ازای هر دندان‌پزشک	۳۵۲۸	۳۳۵۳	۳۱۷۳	۲۹۹۳	۲۸۱۷	۲۶۵۷	۲۴۹۵	۲۳۲۸	۲۱۶۹	۲۰۲۵

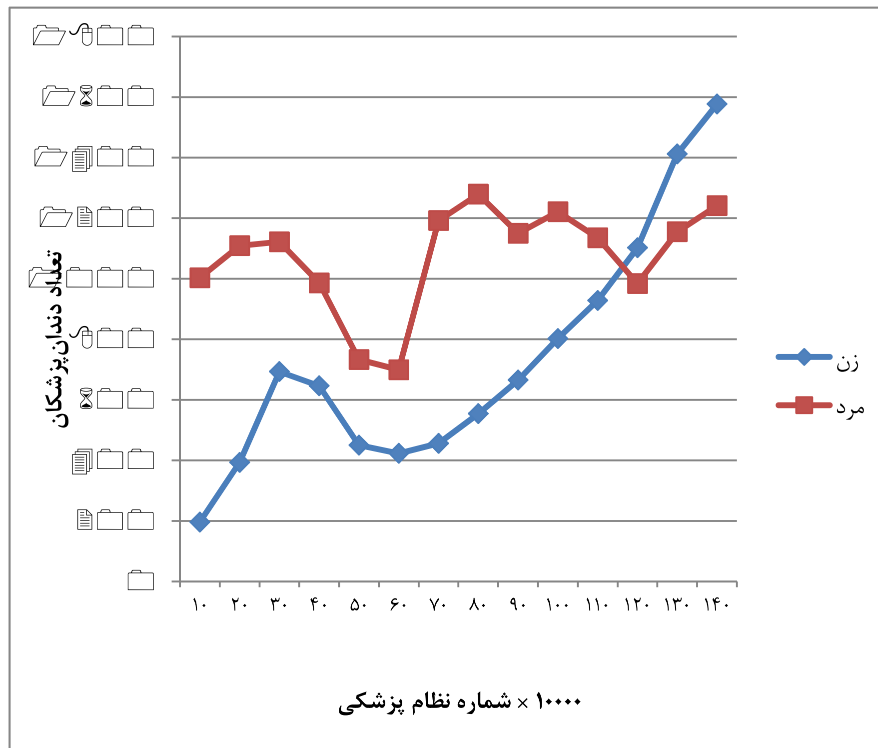
◄ نسبت دندان‌پزشک به پزشک



نمودار ۱. تعداد دندان‌پزشک به ازای هر ده هزار شماره نظام پزشکی

در نمودار ۱ نسبت دندان‌پزشک به کل افراد دارای شماره نظام پزشکی (پزشکان و دندان‌پزشکان) آمده است. همان طور که مشاهده می‌شود این نسبت پس از یک افت در دهه ۱۳۷۰ که زمان افزایش سهمیه رشته پزشکی بود خصوصاً در سال‌های اخیر در حال افزایش است و این امر نشانگر رشد بیشتر تربیت دندان‌پزشک در کشور نسبت به پزشک است.

◀ نسبت جنسی



نمودار ۲. تعداد دندان‌پزشکان زن و مرد در هر ۱۰۰۰۰ شماره نظام پزشکی

در نمودار ۲ نسبت دندان‌پزشکان مرد و زن در فواصل هر ۱۰۰۰۰ شماره نظام پزشکی آمده است. همان طور که مشاهده می‌شود بر این اساس نسبت جنسی (مرد به زن) در حال حاضر وارونه شده و از ۵/۱۲ به ۰/۷۹ رسیده است. با توجه به نسبت پذیرش دانشجویان پسر به

دختر در سال‌های اخیر پیش‌بینی می‌شود در صورت عدم تغییر در سیاست‌های پذیرش دانشجو این رقم در سال ۱۴۰۰ به حدود نیم برسد یعنی به ازای هر یک دندان‌پزشک پسر دو دندان‌پزشک دختر دانش‌آموخته شود.

فصل چهارم

اطلاعات استانی

اطلاعات استانی

در قسمت اطلاعات استانی برای هر استان یک جدول و یک نقشه استان ارائه می‌شود.

در هر جدول تعداد دندان‌پزشکان مشغول به فعالیت دارای پروانه و جمعیت استان و شهرستان‌های تابعه آورده شده است و به دنبال آن شاخص تخصیص و اولویت تخصیص در داخل استان محاسبه و ذکر شده است. در نقشه هر استان نیز داده‌های مربوط به شاخص تخصیص به شرح جدول زیر نشان شده است.

جدول ۴. راهنمای استفاده از نقشه‌های استانی بر اساس تعداد افراد جمعیت به ازای هر دندان‌پزشک دارای پروانه مطب (محاسبه‌شده بر اساس شاخص تخصیص)

رنگ	محدوده شاخص
	کمتر از ۵۰۰۰ نفر (اولویت هفتم)
	۱۰۰۰۰-۵۰۰۰ نفر (اولویت ششم)
	۲۰۰۰۰-۱۰۰۰۰ نفر (اولویت پنجم)
	۳۰۰۰۰-۲۰۰۰۰ نفر (اولویت چهارم)
	۵۰۰۰۰-۳۰۰۰۰ نفر (اولویت سوم)
	۱۰۰۰۰۰-۵۰۰۰۰ نفر (اولویت دوم)
	بیش از ۱۰۰۰۰۰ نفر (اولویت اول)

۱ ◄ استان آذربایجان شرقی

جدول ۵. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل استان	۳۹۶	۳۷۲۴۶۲۰	۹۴۰۶	
تبریز	۲۸۷	۱۶۹۵۰۹۴	۵۸۸۶	۶
آذرشهر	۸	۱۰۷۵۷۹	۱۱۹۵۳	۵
اسکو	۱	۹۸۹۸۸	۴۹۴۹۴	۳
اهر	۱۳	۱۵۰۱۱۱	۱۰۷۲۲	۵
بستان‌آباد	۱	۹۴۹۸۵	۴۷۴۹۳	۳
بناب	۸	۱۲۹۷۹۵	۱۴۴۲۱	۵
جلفا	۱	۵۵۱۶۱	۲۷۵۸۱	۴
چاراویماق	-	۳۲۷۴۵	۳۲۷۴۵	۳
خدا آفرین	-	۳۴۹۷۷	۳۴۹۷۷	۳
سراب	۳	۱۳۱۹۳۴	۳۲۹۸۴	۳
شبستر	۱۲	۱۲۴۴۹۹	۹۵۷۷	۶
عجب‌شیر	۳	۶۶۷۴۶	۱۶۶۸۷	۵
کلیبر	۳	۴۸۸۳۷	۱۲۲۰۹	۵
مراغه	۲۰	۲۴۷۶۸۱	۱۱۷۹۴	۵
مرند	۱۷	۲۳۹۲۰۹	۱۳۲۸۹	۵
ملکان	۳	۱۰۶۱۱۸	۲۶۵۳۰	۴
میانه	۲۱	۱۸۵۸۰۶	۸۴۴۶	۶
ورزقان	۱	۴۵۷۰۸	۲۲۸۵۴	۴

جدول ۵. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
هریس	۱	۶۷۸۰۶	۳۳۹۰۳	۳
هشترود	۲	۶۰۸۲۲	۲۰۲۷۴	۴



شکل ۱. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۱

۲ ◄ استان آذربایجان غربی

جدول ۶. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۳۴۰	۳۰۸۰۵۷۶	۹۰۳۴	
ارومیه	۲۳۱	۹۶۳۷۳۸	۴۱۵۴	۷
اشنویه	۲	۷۰۰۳۰	۲۳۳۴۳	۴
بوکان	۱۱	۲۲۴۶۰۸	۱۸۷۱۷	۵
پلدشت	-	۴۲۰۷۱	۴۲۰۷۱	۳
پیرانشهر	۱	۱۳۳۶۳۹	۶۶۸۲۰	۲
تکاب	-	۷۸۱۲۲	۷۸۱۲۲	۲
چالدران	-	۴۶۳۹۸	۴۶۳۹۸	۳
چایپاره	-	۴۳۲۰۶	۴۳۲۰۶	۳
خوی	۲۸	۳۴۵۳۰۹	۱۱۹۰۷	۵
سردشت	-	۱۱۱۵۰۹	۱۱۱۵۰۹	۱
سلماس	۱۳	۱۹۲۵۹۱	۱۳۷۵۷	۵
شاهین دژ	۲	۹۱۱۱۳	۳۰۳۷۱	۳
شوط	-	۵۲۵۱۹	۵۲۵۱۹	۲
ماکو	۱۱	۸۸۸۶۳	۷۴۰۵	۶
مهاباد	۲۱	۲۱۵۵۲۹	۹۷۹۷	۶
میاندوآب	۱۴	۲۶۰۶۲۸	۱۷۳۷۵	۵
نقده	۶	۱۲۱۶۰۲	۱۷۳۷۲	۵

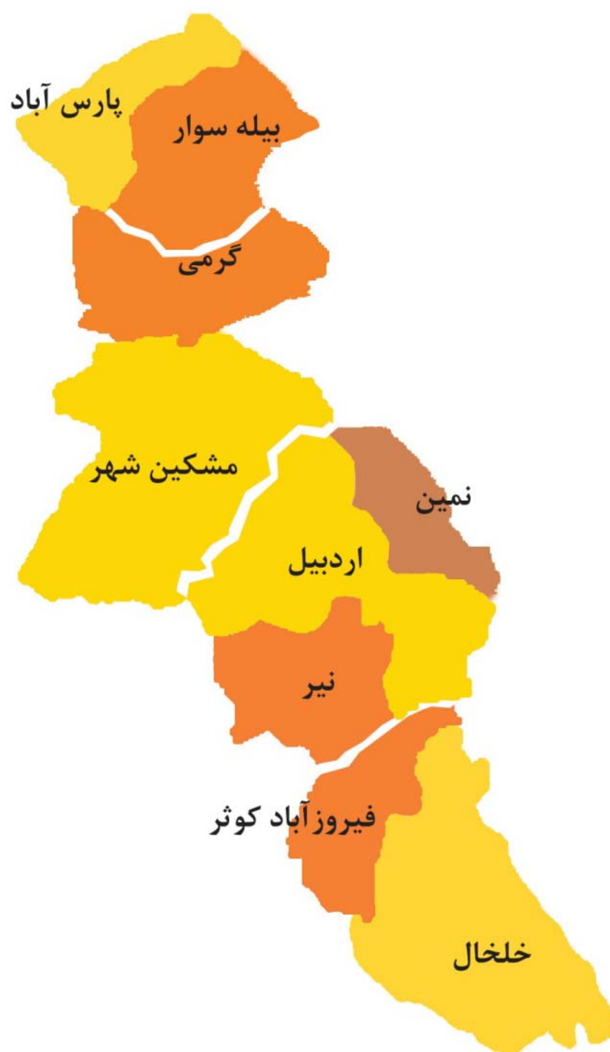


شکل ۲. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۹۱

۳ ◄ استان اردبیل

جدول ۷. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان اردبیل در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۶۸	۱۲۴۸۴۸۸	۱۸۰۹۴	
اردبیل	۳۹	۵۶۴۳۶۵	۱۴۱۰۹	۵
بیله سوار	۱	۵۳۷۶۸	۲۶۸۴۴	۴
پارس‌آباد	۱۳	۱۷۳۱۸۲	۱۲۳۷۰	۵
خلخال	۶	۹۲۳۳۲	۱۳۱۹۰	۵
سرعین	-	۱۸۲۳۱	۱۸۲۳۱	۵
کوثر	-	۲۶۱۹۸	۲۶۱۹۸	۴
گرمی	۲	۸۴۲۶۷	۲۸۰۸۹	۴
مشکین‌شهر	۷	۱۵۱۱۵۶	۱۸۸۹۵	۵
نمین	-	۶۱۳۳۳	۶۱۳۳۳	۲
نیر	-	۲۳۶۵۶	۲۳۶۵۶	۴



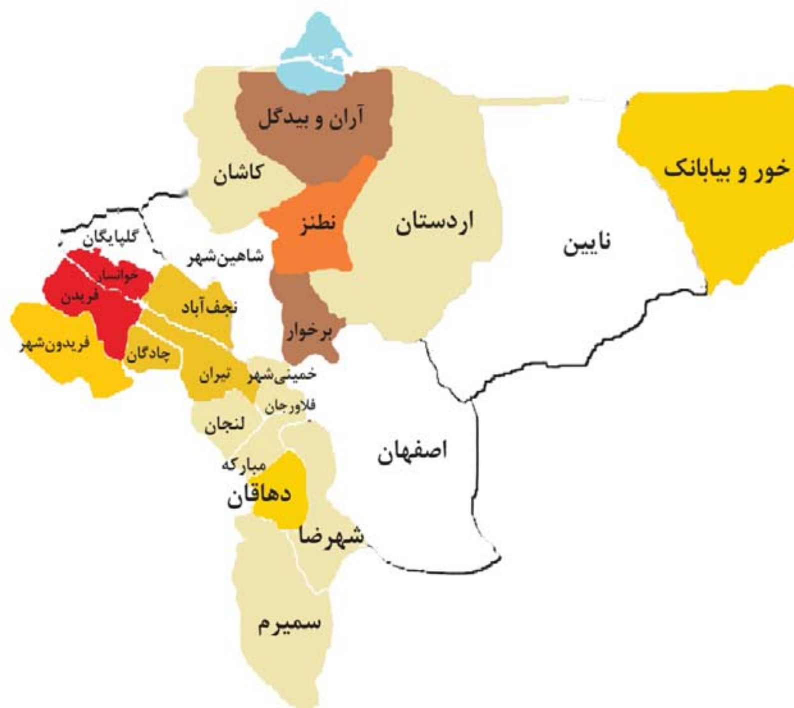
شکل ۳. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان اردبیل در سال ۱۳۹۱

۴ ◄ اصفهان

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
جدول ۸. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان اصفهان در سال ۱۳۹۱				
کل	۸۱۴	۴۸۷۹۳۱۲	۵۹۸۷	
اصفهان	۴۷۲	۲۱۷۴۱۷۲	۴۵۹۷	۷
آران و بیدگل	-	۹۷۴۰۹	۹۷۴۰۹	۲
اردستان	۴	۴۱۴۰۵	۸۲۸۱	۶
برخوار	۱	۱۰۸۹۳۳	۵۴۴۶۷	۲
تیران	۴	۶۹۰۴۷	۱۳۸۰۹	۵
چادگان	۱	۳۳۹۴۳	۱۶۹۷۲	۵
خمینی‌شهر	۳۳	۳۱۱۶۲۹	۹۱۵۷	۶
خوانسار	-	۳۲۴۲۳	۳۲۴۲۳	۳
خورو بیابانک	-	۱۷۷۹۳	۱۷۷۹۳	۵
دهاقان	۱	۳۴۸۴۴	۱۷۴۲۲	۵
سمیرم	۱۰	۶۵۰۴۷	۵۹۱۳	۶
شاهین‌شهر	۴۸	۱۹۶۵۸۴	۴۰۱۲	۷
شهرضا	۲۸	۱۴۹۵۵۵	۵۱۵۷	۶
فریدن	۲	۷۹۷۴۳	۲۶۵۸۱	۴
فریدون‌شهر	۲	۳۸۳۸۴	۱۲۷۹۵	۵
فلاورجان	۴۲	۲۴۷۰۱۴	۵۷۴۵	۶
کاشان	۳۲	۳۲۳۳۷۱	۹۷۹۹	۶

جدول ۸. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان اصفهان در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
گلپایگان	۲۰	۸۷۴۷۱	۴۱۶۵	۷
لنجان	۴۵	۲۴۶۵۱۰	۵۳۵۹	۶
مبارکه	۲۷	۱۴۳۴۷۴	۵۱۲۴	۶
نائین	۱۳	۳۸۰۷۷	۲۷۲۰	۷
نجف‌آباد	۲۸	۳۰۰۲۸۸	۱۰۳۵۴	۵
نطنز	۱	۴۲۲۳۹	۲۱۱۲۰	۴



شکل ۴. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان اصفهان در سال ۱۳۹۱

۵ استان البرز

جدول ۹. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان البرز در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۵۱۷	۲۴۱۲۵۱۳	۴۶۵۷	
کرج	۴۶۴	۲۰۲۴۷۶۵	۴۳۵۴	۷
ساوجبلاغ	۳۵	۲۱۹۶۱۲	۶۱۰۰	۶
طالقان	۱	۲۶۹۷۶	۱۳۴۸۸	۵
نظرآباد	۱۷	۱۴۱۱۶۰	۷۸۴۲	۶



شکل ۵. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان البرز در سال ۱۳۹۱

 ۶ استان ایلام

جدول ۱۰. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان ایلام در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۵۷	۵۵۷۵۹۹	۹۶۱۴	
ایلام	۳۸	۲۱۳۵۷۹	۵۴۷۶	۶
آبدانان	۶	۴۶۹۷۷	۶۷۱۱	۶
ایوان	۵	۴۸۸۳۳	۸۱۳۹	۶
دره شهر	-	۵۹۵۵۱	۵۹۵۵۱	۲
دهلران	۴	۶۶۳۹۹	۱۳۲۸۰	۵
شیروان و چرداول	-	۷۲۱۶۷	۷۲۱۶۷	۲
ملکشاهی	-	۲۲۵۸۷	۲۲۵۸۷	۴
مهران	۴	۲۷۵۰۶	۵۵۰۱	۶



شکل۶. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان ایلام در سال ۱۳۹۱



۷ استان بوشهر

جدول ۱۱. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان بوشهر در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۱۰۲	۱۰۳۲۹۴۹	۱۰۰۲۹	
بوشهر	۴۷	۲۵۸۹۰۶	۵۳۹۴	۶
تنگستان	۱	۷۰۲۸۲	۳۵۱۴۱	۳
جم	-	۵۱۲۴۶	۵۱۲۴۶	۲
دشتستان	۲۶	۲۲۹۴۲۵	۸۴۹۷	۶
دشتی	-	۷۷۵۳۰	۷۷۵۳۰	۲
دیر	۴	۵۲۵۳۰	۱۰۵۰۶	۵
دیلم	۷	۳۱۵۷۰	۳۹۴۶	۷
کنگان	۹	۹۰۴۹۳	۹۰۴۹	۶
گناوه	۸	۱۷۰۷۴۴	۱۸۹۷۲	۵



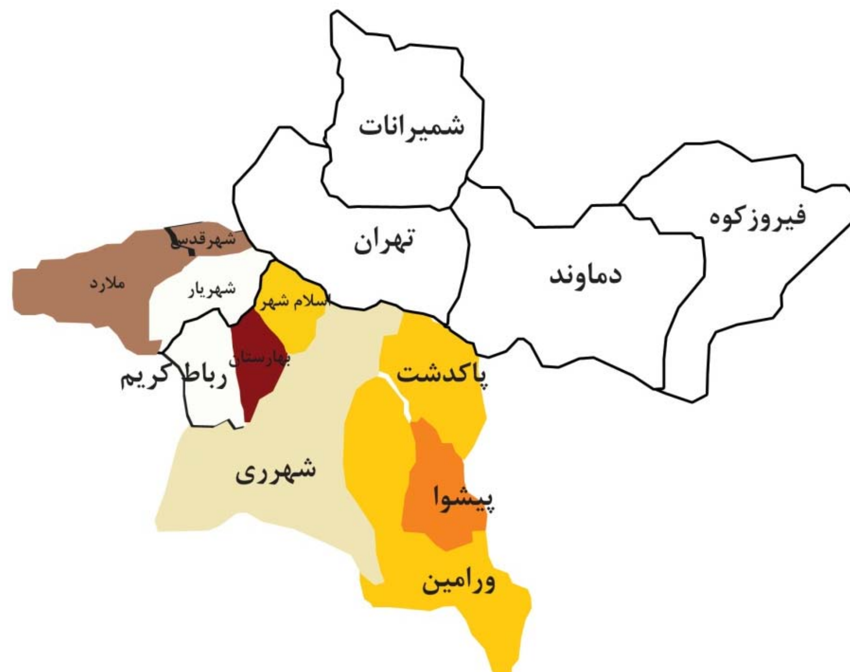
شکل ۷. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان بوشهر در سال ۱۳۹۱



۸ استان تهران

جدول ۱۲. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان تهران در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۵۴۰۸	۱۲۱۸۳۳۹۱	۲۲۵۲	
تهران	۵۱۶۹	۹۲۹۳۱۴۰	۱۷۹۸	۷
اسلام‌شهر	۳۵	۴۸۵۶۸۸	۱۳۴۹۱	۵
بهارستان	۱	۵۲۳۶۳۶	۲۶۱۸۱۸	۱
پاکدشت	۱۹	۲۹۱۳۹۷	۱۴۵۷۰	۵
پیشوا	۲	۷۵۴۵۴	۲۵۱۵۱	۴
دماوند	۵۴	۱۰۰۶۹۰	۱۸۳۱	۷
رباط‌کریم	۸۰	۱۹۵۹۱۷	۲۴۱۹	۷
شمیرانات	۶	۴۴۰۶۱	۶۲۹۴	۶
شهرری	۳۵	۳۱۹۳۹۰	۸۸۷۲	۶
شهر قدس	۲	۲۹۰۶۶۳	۹۶۸۸۸	۲
شهریار	۱۵۱	۶۲۴۴۴۰	۴۱۰۸	۷
فیروزکوه	۸	۳۸۷۱۲	۴۳۰۱	۷
ملارد	۳	۳۷۳۹۹۴	۹۳۴۹۹	۲
ورامین	۴۳	۵۲۶۲۹۴	۱۱۹۶۱	۵



شکل ۸. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان تهران در سال ۱۳۹۱

۹ ◄ استان چهارمحال و بختیاری

جدول ۱۳. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل دراستان چهارمحال‌وبختیاری درسال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۷۶	۸۹۵۲۶۳	۱۱۶۲۷	
شهرکرد	۴۳	۳۴۰۳۸۲	۷۷۳۶	۶
اردل	۱	۵۳۵۲۴	۲۶۷۵۷	۴
بروجن	۱۲	۱۱۶۸۶۱	۹۱۹۲	۶
فارسان	۱۶	۹۳۹۴۱	۵۵۲۶	۶
کوهرنگ	-	۳۵۹۱۵	۳۵۹۱۵	۳
کیار	۱	۵۸۰۴۷	۲۹۰۲۴	۴
لردگان	۳	۱۹۴۷۸۳	۴۸۶۹۶	۳



شکل ۹. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۳۹۱

۱۰ ◀ استان خراسان جنوبی

جدول ۱۴. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان خراسان جنوبی در سال ۱۳۹۱				
محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۳۱	۶۶۲۵۳۴	۲۰۷۰۴	
بیرجند	۲۵	۳۵۹۵۲۶	۱۳۸۲۸	۵
بشرویه	۱	۲۴۶۸۳	۱۲۳۴۲	۵
درمیان	-	۵۵۰۸۰	۵۵۰۸۰	۲
سرایان	-	۳۲۴۰۳	۳۲۴۰۳	۳
سربیشه	-	۳۹۴۸۷	۳۹۴۸۷	۳
فردوس	۲	۴۱۶۲۶	۱۳۸۷۵	۵
قائن	۳	۱۵۲۴۰۱	۳۸۱۰۰	۳
نهبندان	-	۵۷۲۵۸	۵۷۲۵۸	۲



شکل ۱۰. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان خراسان جنوبی در سال ۱۳۹۱

۱۱ ◄ استان خراسان رضوی

جدول ۱۵. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان خراسان رضوی در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۹۱۳	۵۹۹۴۴۰۲	۶۵۵۸	
مشهد	۷۴۵	۳۰۶۹۹۴۱	۴۱۱۵	۷
باخرز	–	۵۳۵۸۲	۵۳۵۸۲	۲
بجستان	–	۳۰۶۶۴	۳۰۶۶۴	۳
بردسکن	۲	۷۲۶۲۶	۲۴۲۰۹	۴
بینالود	–	۵۸۴۸۳	۵۸۴۸۳	۲
تایباد	۱	۱۰۸۴۸۴	۵۴۲۴۲	۲
تخت جلگه	–	۴۲۷۳۹	۴۲۷۳۹	۳
تربت‌جام	۱۶	۲۶۲۷۱۲	۱۵۴۵۴	۵
تربت‌حیدریه	۱۰	۲۱۰۳۹۰	۱۹۱۲۶	۵
جغتای	–	۴۷۹۳۰	۴۷۹۳۰	۳
جوین	۱	۵۴۱۳۹	۲۷۰۷۰	۴
چناران	–	۱۲۵۶۰۱	۱۲۵۶۰۱	۱
خلیل‌آباد	۱	۴۹۱۱۱	۲۴۵۵۶	۴
خواف	–	۱۳۱۸۵۹	۱۳۱۸۵۹	۱
خوشاب	–	۳۷۹۱۴	۳۷۹۱۴	۳
درگز	۳	۷۴۳۲۶	۱۸۵۸۲	۵
رشتخوار	۱	۶۰۶۳۲	۳۰۳۱۶	۴

جدول ۱۵. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان خراسان رضوی در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
زاوه	-	۷۱۶۷۷	۷۱۶۷۷	۲
سبزوار	۲۸	۳۱۹۸۹۳	۱۱۰۳۱	۵
سرخس	۱	۸۹۹۵۶	۴۴۹۷۸	۳
فریمان	-	۹۳۹۳۰	۹۳۹۳۰	۲
قوچان	۶	۱۷۹۷۱۴	۲۵۶۷۳	۴
کاشمر	۱۸	۱۵۷۱۴۹	۵۰۴۹	۶
کلات	-	۳۸۳۳۳	۳۸۳۳۳	۳
گناباد	۱۵	۸۰۷۸۳	۵۰۴۹	۶
مه ولات	-	۴۸۹۰۰	۴۸۹۰۰	۳
نیشابور	۶۵	۴۳۳۱۰۵	۶۵۶۲	۶



شکل ۱۱. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان خراسان رضوی در سال ۱۳۹۱

۱۲ استان خراسان شمالی

جدول ۱۶. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان خراسان شمالی در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۵۶	۸۶۷۷۲۷	۱۵۲۲۳	
بجنورد	۴۵	۳۶۵۸۹۶	۷۹۵۴	۶
اسفراین	۴	۱۲۷۰۱۲	۲۵۴۰۲	۴
جاجرم	–	۳۶۸۹۸	۳۶۸۹۸	۳
شیروان	۴	۱۵۷۰۱۴	۳۱۴۰۲	۳
فاروج	–	۵۲۳۶۴	۵۲۳۶۴	۲
گرمه	۱	۲۴۵۹۹	۱۲۳۰۰	۵
مانه و سلمقان	۲	۱۰۳۹۴۴	۵۱۹۷۲	۲



شکل ۱۲. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان خراسان شمالی در سال ۱۳۹۱

◄ ۱۳ استان خوزستان

جدول ۱۷. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان خوزستان در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۳۷۱	۴۵۳۱۷۲۰	۱۲۱۸۲	
اهواز	۱۶۴	۱۳۹۵۱۸۴	۸۴۵۶	۶
آبادان	۲۰	۲۷۱۴۸۴	۱۲۹۲۸	۵
امیدیه	۲	۹۰۴۲۰	۳۰۱۴۰	۳
اندیکا	-	۵۰۷۹۷	۵۰۷۹۷	۲
اندیمشک	۵	۱۶۷۱۲۶	۲۷۸۵۴	۴
ایذه	۹	۲۰۳۶۲۱	۲۰۳۶۲	۴
باغملک	۱	۱۰۷۴۵۰	۵۳۷۲۵	۲
باوی	-	۸۹۱۶۰	۸۹۱۶۰	۲
بهبهان	۱۲	۱۷۹۰۷۳	۱۳۷۷۵	۵
خرمشهر	۸	۱۶۳۷۰۱	۱۸۱۸۹	۵
دزفول	۷۴	۴۲۳۵۲۲	۵۶۴۷	۶
دشت آزادگان	۳	۹۹۸۳۱	۲۴۹۵۸	۴
رامشیر	۳	۴۸۹۴۳	۱۲۲۴۵	۵
رامهرمز	۹	۱۰۵۴۱۸	۱۰۵۴۲	۵
شادگان	۱	۱۵۳۳۵۵	۷۶۶۷۸	۲
شوش دانیال	۱۲	۲۰۲۷۶۳	۱۵۵۹۷	۵
شوشتر	۶	۱۹۱۴۴۴	۲۷۳۴۹	۴

جدول ۱۷. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان خوزستان در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
گتوند	-	۶۴۹۵۱	۶۴۹۵۱	۲
لالی	۱	۳۷۸۳۱	۱۸۹۱۶	۵
ماهشهر	۳۱	۲۷۸۰۳۷	۸۶۸۹	۶
مسجدسلیمان	۱۰	۱۱۳۲۵۷	۱۰۲۹۶	۵
هفتگل	-	۲۲۳۹۱	۲۲۳۹۱	۴
هندیجان	-	۳۷۴۴۰	۳۷۴۴۰	۳
هویزه	-	۳۴۳۱۲	۳۴۳۱۲	۳



شکل ۱۳. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان خوزستان در سال ۱۳۹۱

۱۴ ◄ استان زنجان

جدول ۱۸. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان زنجان در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۱۰۰	۱۰۱۵۷۳۴	۱۰۱۵۷	
زنجان	۶۷	۴۸۶۴۹۵	۷۱۵۴	۶
ابهر	۲۳	۱۶۹۱۷۶	۷۰۴۹	۶
ایجرود	۱	۳۸۴۱۶	۱۹۲۰۸	۵
خدابنده	۱	۱۶۹۵۵۳	۸۴۷۷۷	۲
خرم دره	۸	۶۵۱۶۶	۷۲۴۱	۶
طارم	-	۴۶۶۱۶	۴۶۶۱۶	۳
ماه‌نشان	-	۴۰۳۱۲	۴۰۳۱۲	۳



شکل ۱۴. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان زنجان در سال ۱۳۹۱

۱۵ ◄ استان سمنان

جدول ۱۹. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان سمنان در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۹۶	۶۳۱۲۱۸	۶۵۰۷	
سمنان	۳۸	۱۸۲۲۶۰	۴۶۷۳	۷
دامغان	۷	۸۶۹۰۸	۱۰۸۶۴	۵
شاهرود	۳۸	۲۳۸۸۳۰	۶۱۲۴	۶
گرمسار	۱۲	۸۱۳۲۴	۶۲۲۶	۶
مهدی‌شهر	۱	۴۱۸۹۶	۲۰۹۴۸	۴



شکل ۱۵. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان سمنان در سال ۱۳۹۱

۱۶ استان سیستان و بلوچستان

جدول ۲۰. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان سیستان و بلوچستان در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای‌پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۱۰۰	۲۵۳۴۳۲۷	۲۵۳۴۳	
زاهدان	۵۸	۶۶۰۵۷۵	۱۱۱۹۶	۵
ایرانشهر	۱۰	۲۱۹۷۹۶	۱۹۹۸۱	۵
چابهار	۸	۲۶۴۰۵۱	۲۹۳۳۹	۴
خاش	۳	۱۵۵۶۵۲	۳۸۹۱۳	۳
زابل	۱۵	۲۵۹۳۵۶	۱۶۲۱۰	۵
زابلی	-	۶۲۷۵۶	۶۲۷۵۶	۲
زهک	-	۷۵۴۱۹	۷۵۴۱۹	۲
سراوان	۳	۱۷۵۷۲۸	۴۳۹۳۲	۴
سرباز	-	۱۶۴۵۵۷	۱۶۴۵۵۷	۱
سیب و سوران	-	۷۳۱۵۷	۷۳۱۵۷	۲
کنارک	۳	۸۲۰۰۱	۲۰۵۰۰	۴
نیک شهر	-	۲۱۲۹۶۳	۲۱۲۹۶۳	۱
هیرمند	-	۶۵۴۷۱	۶۵۴۷۱	۲



شکل ۱۶. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان سیستان و بلوچستان در سال ۱۳۹۱

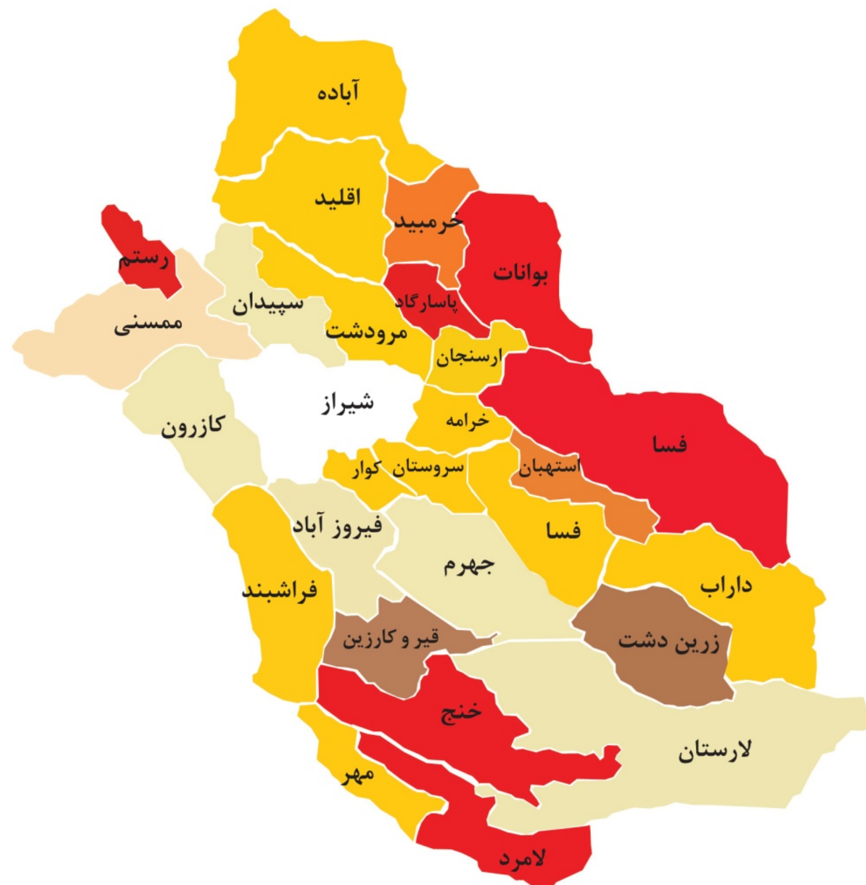
۱۷ استان فارس

جدول ۲۱. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان فارس در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای‌پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۶۸۰	۴۵۹۶۶۵۸	۶۷۵۰	
شیراز	۴۷۸	۱۷۰۰۶۷۸	۳۵۵۰	۷
ارسنجان	۸	۴۱۴۷۶	۱۰۳۶۹	۵
استهبان	۲	۶۶۱۷۲	۲۲۰۵۷	۴
اقلید	۵	۹۳۹۷۵	۱۵۶۶۳	۵
آباده	۸	۹۸۱۸۸	۱۰۹۱۰	۵
بوانات	-	۴۸۴۱۶	۴۸۴۱۶	۳
پاسارگاد	-	۳۱۵۰۴	۳۱۵۰۴	۳
جهرم	۲۱	۲۰۹۳۱۲	۹۵۱۴	۶
خرامه	۳	۶۱۵۸۰	۱۵۳۹۵	۵
خرمبید	۱	۵۰۲۵۲	۲۵۱۲۶	۴
خنج	-	۴۱۱۳۳	۴۱۱۳۳	۳
داراب	۱۲	۱۸۹۳۴۵	۱۴۵۶۵	۵
رستم	-	۴۶۸۵۱	۴۶۸۵۱	۳
زرین‌دشت	-	۶۹۴۳۸	۶۹۴۳۸	۲
سپیدان	۱۰	۸۹۳۹۸	۸۱۲۷	۶
سروستان	۲	۴۰۵۳۱	۱۳۵۱۰	۵
فراشبند	۱	۴۲۷۶۰	۲۱۳۸۰	۴
فسا	۱۵	۲۰۳۱۲۹	۱۲۶۹۶	۵

جدول ۲۱. اطلاعات مربوط به دندانپزشکان شاغل در استان فارس در سال ۱۳۹۱

محل	دندانپزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
فیروزآباد	۱۵	۱۱۹۷۲۱	۷۴۸۲	۶
قیر و کارزین	-	۶۵۰۴۵	۶۵۰۴۵	۲
کازرون	۲۸	۲۵۴۷۰۴	۸۷۸۳	۶
کوار	۳	۷۷۸۳۶	۱۹۴۵۹	۵
گراش	۱	۴۷۰۵۵	۲۳۵۲۸	۴
لارستان	۲۳	۲۲۶۸۷۹	۹۴۵۳	۶
لامرد	۱	۸۳۹۱۶	۴۱۹۵۸	۳
مرودشت	۲۷	۳۰۷۴۹۲	۱۰۹۸۲	۵
ممسنی	۱۷	۱۱۶۵۸۶	۶۴۷۷	۶
مهر	۲	۵۹۷۲۹	۱۹۹۱۰	۵
نی ریز	۲	۱۱۳۷۵۰	۳۷۹۱۷	۳



شکل ۱۷. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان فارس در سال ۱۳۹۱

۱۸ استان قزوین

جدول ۲۲. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان قزوین در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۱۶۰	۱۲۰۱۵۶۵	۷۴۶۳	
قزوین	۱۴۷	۵۶۱۷۷۳	۸۳۳۰	۶
البرز	۲	۲۰۳۲۷۶	۶۷۷۵۹	۲
آبیک	۱	۹۳۸۴۴	۴۶۹۲۲	۳
بوئین‌زهرا	۱	۱۶۴۷۲۳	۸۲۳۶۲	۲
تاکستان	۹	۱۷۲۹۴۹	۱۷۲۹۵	۵



شکل ۱۸. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان قزوین در سال ۱۳۹۱

۱۹ استان قم

جدول ۲۳. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان قم در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۱۰۲	۱۱۵۱۶۷۳	۱۱۱۸۱	۵



شکل ۱۹. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان قم در سال ۱۳۹۱

۲۰ استان کردستان

جدول ۲۴. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان کردستان در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۱۰۵	۱۴۹۳۶۴۵	۱۴۰۹۱	
سنندج	۵۸	۴۵۰۱۶۷	۷۶۳۰	۶
بانه	۳	۱۳۲۵۶۵	۳۳۱۴۱	۳
بیجار	۶	۹۳۷۱۴	۱۳۸۸۰	۵
دهگلان	-	۶۲۸۴۴	۶۲۸۴۴	۲
دیواندره	۲	۸۱۹۶۳	۲۷۳۲۱	۴
سروآباد	-	۴۹۸۴۱	۴۹۸۴۱	۳
سقز	۲۰	۲۱۰۸۲۰	۱۰۰۳۹	۵
قروه	۶	۱۳۶۹۶۱	۱۹۵۶۶	۵
کامیاران	۴	۱۰۵۹۹۶	۲۱۱۹۹	۴
مریوان	۸	۱۶۸۷۷۴	۲۴۱۱۱	۴



شکل ۲۰. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان کردستان در سال ۱۳۹۱

۲۱ استان کرمان

جدول ۲۵. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان کرمان در سال ۱۳۹۱				
محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۳۲۰	۲۹۳۸۹۸۸	۹۱۵۶	
کرمان	۲۱۴	۷۲۲۴۸۴	۳۳۶۰	۷
ارزوئیه	-	۴۱۹۷۹	۴۱۹۷۹	۳
انار	-	۳۵۲۹۵	۳۵۲۹۵	۳
بافت	۴	۷۵۹۴۰	۱۵۱۸۸	۵
بردسیر	۱	۷۳۷۳۸	۳۶۸۶۹	۳
بم	۱۱	۱۹۵۶۰۳	۱۶۳۰۰	۵
جیرفت	۱۲	۲۷۷۴۷۸	۲۱۳۴۵	۴
رابر	-	۳۴۳۹۲	۳۴۳۹۲	۵
راور	۱	۴۰۲۹۵	۲۰۱۴۸	۴
رفسنجان	۴۴	۲۸۷۹۲۱	۶۳۹۸	۶
رودبار جنوب	-	۱۰۴۴۲۱	۱۰۴۴۲۱	۱
ریگان	-	۶۶۳۳۵	۶۶۳۳۵	۲
زرند	۹	۱۲۹۱۰۴	۱۲۹۱۰	۵
سیرجان	۱۹	۲۶۷۶۹۷	۱۳۳۸۵	۵
شهربابک	۲	۹۰۴۹۵	۳۰۱۶۵	۳
عنبرآباد	-	۸۵۹۴۲	۸۵۹۴۲	۲
فاریاب	-	۳۴۴۱۷	۳۴۴۱۷	۳
فهرج	-	۶۳۰۸۳	۶۳۰۸۳	۲

جدول ۲۵. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان کرمان در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
قلعه گنج	-	۷۶۳۷۶	۷۶۳۷۶	۲
کوه بنان	-	۲۱۷۲۱	۲۱۷۲۱	۴
کهنوج	۳	۸۶۳۹۰	۲۱۵۹۸	۴
منوجان	-	۶۴۵۲۸	۶۴۵۲۸	۲
نرماشیر	-	۵۸۲۲۹	۵۸۲۲۹	۲



شکل ۲۱. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان کرمان در سال ۱۳۹۱

۲۲ استان کرمانشاه

جدول ۲۶. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان کرمانشاه در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای‌پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۱۳۵	۱۹۴۵۲۲۷	۱۴۳۰۳	
کرمانشاه	۱۰۶	۱۰۳۰۹۷۸	۹۶۳۵	۶
اسلام‌آباد غرب	۱۵	۱۵۱۴۳۷	۹۴۶۷	۶
پاوه	۲	۵۶۸۳۷	۱۸۹۴۶	۵
ثلاث باباجانی	–	۳۸۴۷۵	۳۸۴۷۵	۳
جوانرود	۱	۷۱۳۳۵	۳۵۶۶۸	۳
دالاهو	۱	۳۹۸۳۷	۱۹۹۱۹	۵
روانسر	–	۴۶۳۹۵	۴۶۳۹۵	۳
سرپل ذهاب	۳	۸۵۶۱۶	۲۱۴۰۴	۴
سنقر	۱	۹۱۹۳۵	۴۵۹۶۸	۳
صحنه	–	۷۶۶۷۸	۷۶۶۷۸	۲
قصر شیرین	–	۲۵۵۱۷	۲۵۵۱۷	۴
کنگاور	۱	۸۱۰۵۱	۴۰۵۲۶	۳
گیلانغرب	۳	۶۲۸۵۸	۱۵۷۱۵	۵
هرسین	۲	۸۶۳۴۲	۲۸۷۸۱	۴



شکل ۲۲. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان کرمانشاه در سال ۱۳۹۱

◄ ۲۳ استان کهکیلویه و بویراحمد

جدول ۲۷. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان کهکیلویه و بویراحمد در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۵۶	۶۵۸۶۲۹	۱۱۵۵۵	
بویراحمد (یاسوج)	۳۳	۲۴۳۷۷۱	۷۱۷۰	۶
باشت	-	۲۰۶۹۹	۲۰۶۹۹	۴
بهمئی	-	۳۷۰۴۸	۳۷۰۴۸	۳
چرام	-	۳۳۱۵۹	۳۳۱۵۹	۳
دنا	-	۵۲۰۴۰	۵۲۰۴۰	۲
دهدشت (کهکیلویه)	۳	۱۵۳۱۶۹	۳۸۲۹۲	۳
گچساران	۲۰	۱۱۹۲۱۷	۵۶۷۷	۶

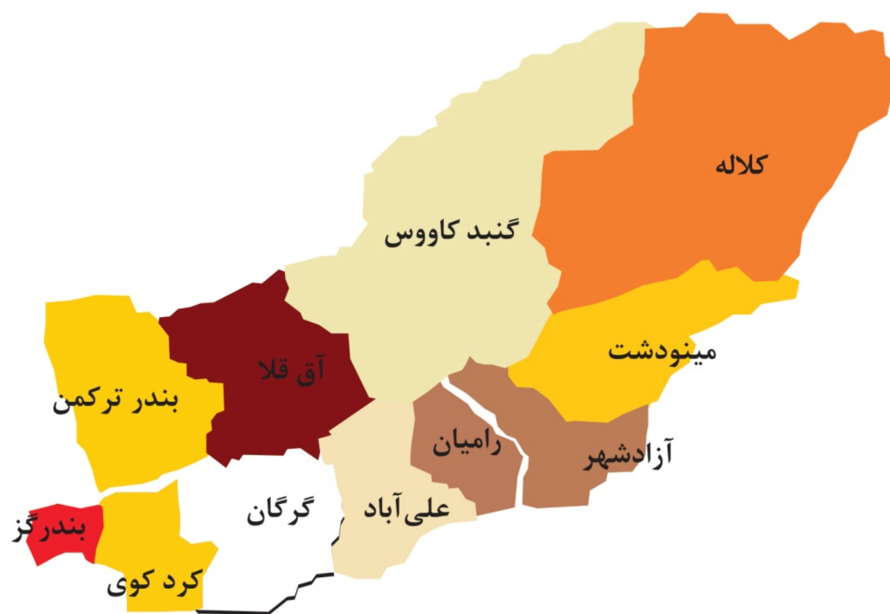


شکل ۲۳. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان کهکیلویه و بویراحمد در سال ۱۳۹۱

۲۴ ◀ استان گلستان

جدول ۲۸. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان گلستان در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۲۲۴	۱۷۷۷۰۱۴	۷۸۹۸	
گرگان	۱۴۳	۴۶۲۴۵۵	۳۲۱۱	۷
آزادشهر	-	۹۱۷۶۷	۹۱۷۶۷	۲
آق‌قلا	-	۱۲۴۱۸۵	۱۲۴۱۸۵	۱
بندر ترکمن	۳	۷۲۸۰۳	۱۸۲۰۱	۵
بندرگز	-	۴۶۳۱۵	۴۶۳۱۵	۳
رامیان	-	۸۵۳۲۴	۸۵۳۲۴	۲
علی‌آباد کتول	۱۴	۱۳۲۷۵۷	۸۸۵۰	۶
کردکوی	۶	۷۰۲۴۲	۱۰۰۳۵	۵
کلاله	۴	۱۱۰۴۷۳	۲۲۰۹۵	۴
گالیکش	۳	۵۹۹۷۵	۱۴۹۹۴	۵
گمیشان	-	۶۳۴۴۷	۶۳۴۴۷	۲
گنبدکاووس	۴۸	۳۲۵۸۷۹	۶۶۵۱	۶
مراوه تپه	-	۵۵۸۲۱	۵۵۸۲۱	۲
مینودشت	۳	۷۵۶۵۹	۱۸۹۱۵	۵

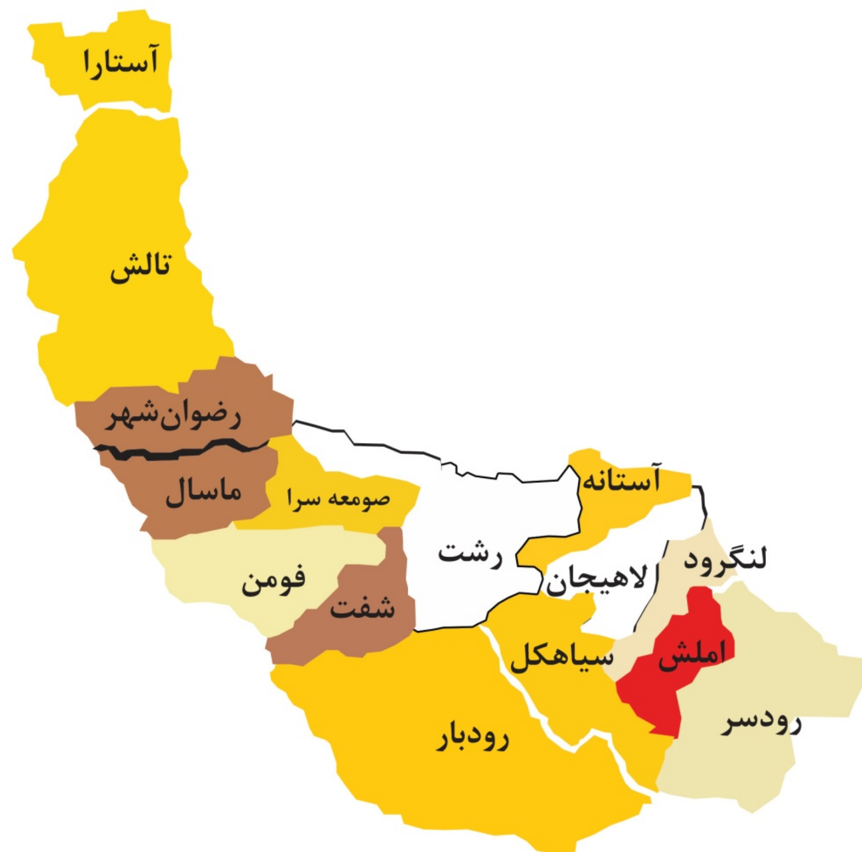


شکل ۲۴. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان گلستان در سال ۱۳۹۱

۲۵ استان گیلان

جدول ۲۹. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان گیلان در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۳۹۷	۲۴۸۰۸۷۴	۶۲۳۳	
رشت	۲۳۸	۹۱۸۴۴۵	۳۸۴۳	۷
املش	-	۴۴۲۶۱	۴۴۲۶۱	۳
آستارا	۷	۸۶۷۵۷	۱۰۸۴۵	۵
آستانه‌اشرفیه	۹	۱۰۵۵۲۶	۱۰۵۵۳	۵
بندرانزلی	۳۲	۱۳۸۰۰۴	۴۱۸۲	۷
تالش	۹	۱۸۹۹۳۳	۱۸۹۹۳	۵
رضوانشهر	-	۶۶۹۰۹	۶۶۹۰۹	۲
رودبار	۷	۱۰۰۹۴۹	۱۲۶۱۹	۵
رودسر	۲۲	۱۴۴۳۳۶	۶۲۷۵	۶
سیاهکل	۲	۴۷۰۹۶	۱۵۶۹۹	۵
شفت	-	۵۸۵۴۳	۵۸۵۴۳	۲
صومعه‌سرا	۱۱	۱۲۷۷۵۷	۱۰۶۴۶	۵
فومن	۱۱	۹۳۷۳۷	۷۸۱۱	۶
لاهیجان	۳۳	۱۶۸۸۲۹	۴۹۶۶	۷
لنگرود	۱۶	۱۳۷۲۷۲	۸۰۷۵	۶
ماسال	-	۵۲۴۹۶	۵۲۴۹۶	۲



شکل ۲۵. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان گیلان در سال ۱۳۹۱

۲۶ ◄ استان لرستان

جدول ۳۰. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان لرستان در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۱۲۱	۱۷۵۴۲۴۳	۱۴۳۷۹	
خرم‌آباد	۵۹	۴۸۷۱۶۷	۸۱۱۹	۶
ازنا	۵	۷۱۵۸۶	۱۱۹۳۱	۵
الیگودرز	۴	۱۴۰۲۷۵	۲۸۰۵۵	۴
بروجرد	۳۵	۳۳۷۶۳۱	۹۳۷۹	۶
پلدختر	۲	۷۵۳۲۷	۲۵۱۰۹	۴
دلفان	۲	۱۴۴۱۶۱	۴۸۰۵۴	۳
دورود	۷	۱۶۲۸۰۰	۲۰۳۵۰	۴
دوره	-	۴۳۲۲۱	۴۳۲۲۱	۳
سلسله	۲	۷۳۱۵۴	۲۴۳۸۵	۴
کوهدشت	۵	۲۱۸۹۲۱	۳۶۴۸۷	۳



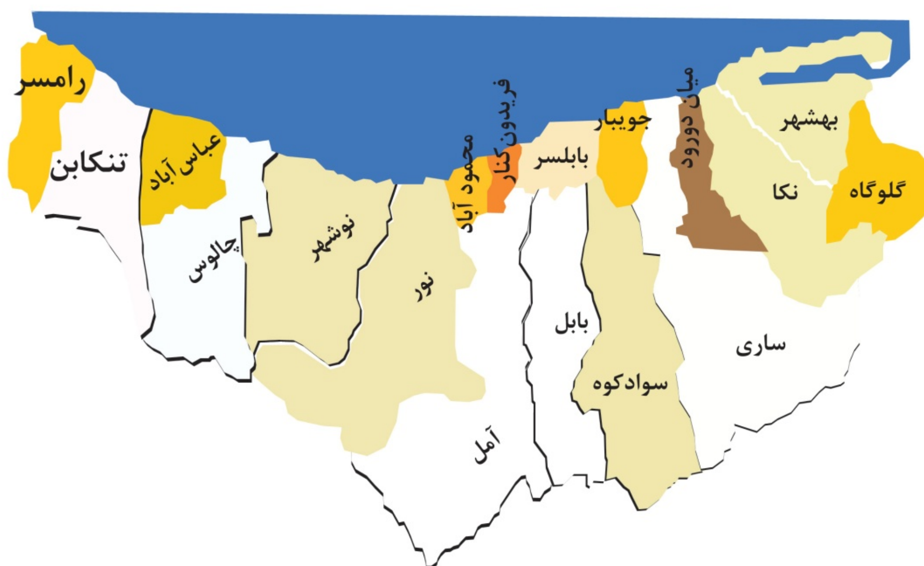
شکل ۲۶. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان لرستان در سال ۱۳۹۱

۲۷ ◄ استان مازندران

جدول ۳۱. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان مازندران در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۵۹۲	۳۰۷۳۹۴۳	۵۱۸۴	
ساری	۱۴۴	۴۷۸۳۷۰	۳۲۹۹	۷
آمل	۹۵	۳۷۰۷۷۴	۳۸۶۲	۷
بابل	۱۳۸	۴۹۵۴۷۲	۳۵۶۵	۷
بابلسر	۲۳	۱۲۴۳۲۳	۵۱۸۰	۶
بهشهر	۱۹	۱۵۵۲۴۷	۷۷۶۲	۶
تنکابن	۴۲	۱۵۳۹۴۰	۳۵۷۹	۷
جویبار	۴	۷۳۵۵۴	۱۴۷۱۰	۵
چالوس	۲۷	۱۲۲۷۳۶	۴۳۸۳	۷
رامسر	۵	۶۸۳۲۳	۱۱۳۸۷	۵
سوادکوه	۱۰	۶۴۳۷۸	۵۸۵۳	۶
عباس‌آباد	۳	۴۷۵۹۱	۱۱۸۹۷	۵
فریدون‌کنار	۱	۵۷۹۸۰	۲۸۹۹۰	۴
قائم‌شهر	۴۰	۳۲۰۷۴۱	۷۸۲۲	۶
گلوگاه	۱	۳۸۸۴۷	۱۹۴۲۴	۵
محمودآباد	۴	۹۶۰۱۹	۱۹۲۰۴	۵
میان‌دورود	-	۵۵۷۷۶	۵۵۷۷۶	۲
نکا	۱۱	۱۱۱۹۴۴	۹۳۲۹	۶
نور	۱۲	۱۰۹۲۸۱	۸۴۰۶	۶

جدول ۳۱. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان مازندران در سال ۱۳۹۱				
محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
نوشهر	۱۳	۱۲۸۶۴۷	۹۱۸۹	۶



شکل ۲۷. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان مازندران در سال ۱۳۹۱

◄ ۲۸ استان مرکزی

جدول ۳۲. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان مرکزی در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۱۹۶	۱۴۱۳۹۵۹	۷۱۷۷	
اراک	۱۰۲	۵۹۹۶۳۴	۵۸۲۲	۶
آشتیان	۴	۱۷۱۰۵	۳۴۲۱	۷
تفرش	۷	۲۵۹۱۲	۳۲۳۹	۷
خمین	۸	۱۰۷۳۶۸	۱۱۹۳۰	۵
خنداب	۱	۵۸۲۶۲	۲۹۱۳۱	۴
دلیجان	۸	۴۸۹۸۶	۵۴۴۳	۶
زرندیه	۱۵	۵۷۱۵۳	۳۵۷۲	۷
ساوه	۴۱	۲۵۹۰۳۰	۶۱۶۷	۶
شازند	۵	۱۱۷۷۴۶	۱۹۶۲۴	۵
فراهان	-	۳۰۰۴۳	۳۰۰۴۳	۳
کمیجان	۲	۳۹۳۴۰	۱۳۱۱۳	۵
محلات	۳	۵۳۳۸۱	۱۳۳۴۵	۵



شکل ۲۸. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان مرکزی در سال ۱۳۹۱

۲۹ ◄ استان هرمزگان

جدول ۳۳. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان هرمزگان در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۱۲۴	۱۵۷۸۱۸۳	۱۲۷۲۷	
بندرعباس	۱۱۴	۵۸۸۲۸۸	۵۱۱۶	۶
ابوموسی	–	۵۲۲۱	۵۲۲۱	۶
بستک	–	۸۰۱۱۹	۸۰۱۱۹	۲
بشاگرد	–	۴۰۰۰۷	۴۰۰۰۷	۳
بندرجاسک	۱	۵۲۸۸۲	۲۶۴۴۱	۴
بندرلنگه	۱	۱۳۴۷۱۳	۶۳۷۵۷	۲
پارسیان	–	۴۲۴۸۳	۴۲۴۸۳	۳
حاجی‌آباد	–	۶۵۸۸۹	۶۵۸۸۹	۲
خمیر	–	۵۲۹۸۶	۵۲۹۸۶	۲
رودان	–	۱۱۸۵۴۷	۱۱۸۵۴۷	۱
سیریک	–	۴۳۱۸۵	۴۳۱۸۵	۳
قشم	۱	۱۱۷۷۷۴	۴۲۴۸۳	۳
میناب	۷	۲۳۵۷۰۵	۲۹۴۶۳	۴



شکل ۲۹. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان هرمزگان در سال ۱۳۹۱

۳۰ ◄ استان همدان

جدول ۳۴. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان همدان در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۸۱	۱۷۵۸۲۶۸	۲۱۴۴۲	
همدان	۴۱	۶۵۱۸۲۱	۱۵۵۲۰	۵
اسدآباد	۵	۱۰۷۰۰۶	۱۷۸۳۴	۵
بهار	۲	۱۲۳۸۶۹	۴۱۲۹۰	۳
تویسرکان	۵	۱۰۳۷۸۶	۱۷۲۹۸	۵
رزن	۲	۱۱۶۴۳۷	۳۸۸۱۲	۳
فامنین	-	۴۳۴۸۶	۴۳۴۸۶	۳
کبودرآهنگ	۵	۱۴۳۱۷۱	۲۳۸۶۲	۴
ملایر	۱۷	۲۸۷۹۷۲	۱۵۹۹۸	۵
نهاوند	۴	۱۸۱۱۷۱	۳۶۲۳۴	۳

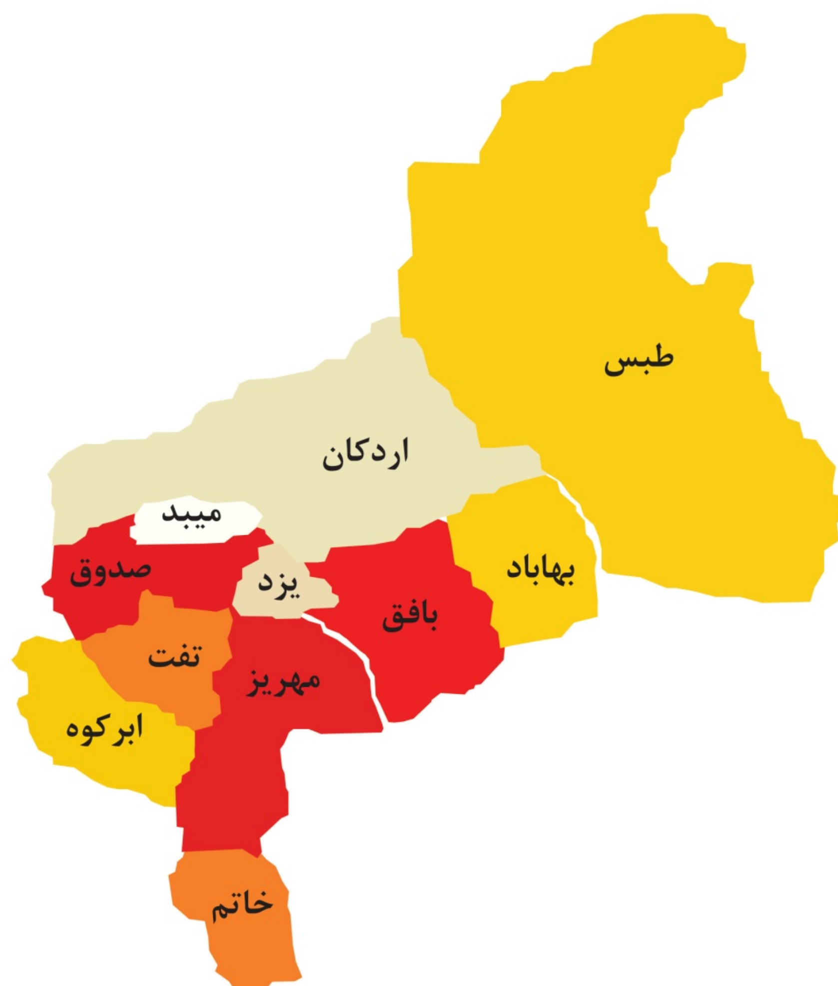


شکل ۳۰. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان همدان در سال ۱۳۹۱

۳۱ ◄ استان یزد

جدول ۳۵. اطلاعات مربوط به دندان‌پزشکان شاغل در استان یزد در سال ۱۳۹۱

محل	دندان‌پزشک دارای پروانه	جمعیت	شاخص تخصیص	اولویت تخصیص
کل	۱۴۱	۱۰۷۴۴۲۸	۷۵۶۶	
یزد	۱۰۳	۵۸۲۶۸۲	۵۶۰۲	۶
بافق	-	۴۱۷۸۱	۴۱۷۸۱	۳
ابرکوه	۲	۴۶۶۲۲	۱۵۵۴۱	۴
اردکان	۱۴	۷۷۷۵۸	۵۱۸۴	۶
بهاباد	-	۱۵۳۳۱	۱۵۳۳۱	۵
تفت	۱	۴۵۱۴۵	۲۲۵۷۳	۴
خاتم	۱	۳۵۱۵۸	۱۷۵۷۹	۵
صدوق	-	۳۳۱۹۲	۳۳۱۹۲	۳
طبس	۴	۶۹۶۵۸	۱۳۹۳۲	۵
مهریز	-	۴۴۱۲۶	۴۴۱۲۶	۳
میبد	۱۶	۸۲۸۴۰	۴۸۷۳	۷



جدول ۳۱. توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک در استان یزد در سال ۱۳۹۱

فصل پنجم
بحث

بحث

مطالعه حاضر باهدف برآورد تعداد دندان‌پزشکان فعال در کشور انجام شد. در مطالعه حاضر نسبت تعداد دندان‌پزشک به جمعیت به تفکیک تمامی شهرستان‌های کشور استخراج شد. افزایش روزافزون تعداد دانشکده‌های دندان‌پزشکی کشور، افزایش رسمی و غیررسمی ظرفیت پذیرش دانشجویان دندان‌پزشکی در کشور و همچنین افزایش تعداد دانش‌آموختگان دندان‌پزشکی خارج از کشور سبب شده است تا امروزه بحث نیروی انسانی به مهم‌ترین بحث در جوامع دندان‌پزشکی کشور تبدیل شود. موافقین و مخالفین این افزایش هر یک دلایلی برای تأیید نظرات خود ارائه می‌دهند، اما در حال حاضر هیچ پاسخ مستندی در زمینه تعداد دندان‌پزشکان مورد نیاز کشور وجود ندارد. تنها مطالعه انجام‌شده در این زمینه در ایران مربوط به سال ۱۳۶۸ است که نتایج این مطالعه با توجه به تغییر در نیازهای درمانی، ترکیب جمعیت، تغییر در سیاست‌های بهداشتی درمانی و متدولوژی‌های تعیین نیروی انسانی مورد نیاز، قابل تعمیم به شرایط حال نیست (۱۴). در حقیقت می‌توان گفت که موافقان و مخالفان ظرفیت‌ها هیچ‌کدام تصویری از تعداد دندان‌پزشکان مورد نیاز کشور ندارند.

برای این که بتوان برآوردی از تعداد دندان‌پزشکان مورد نیاز داشت، بایستی ابتدا تعداد و توزیع جغرافیایی دندان‌پزشکان موجود در کشور مشخص شود تا بتوان تعداد مطلوب نیروی

انسانی و کیفیت آن را تعیین کرد. گرچه تاکنون نهادهای مختلفی در کشور آمارهای متفاوتی را ارائه داده‌اند، اما تا به حال مطالعه جامعی در زمینه تعداد دندان‌پزشکان فعال در کشور انجام نگرفته است. مطالعه حاضر به منظور برآورد تعداد دندان‌پزشکان فعال در کشور با استفاده از اطلاعات نهادهای مختلف و روش‌های دیگر جمع‌آوری اطلاعات انجام شد.

در این بین، سازمان نظام پزشکی کشور متولی اصلی فعالیت نیروی انسانی شاغل پزشک و دندان‌پزشک است و هر دانش‌آموخته رشته دندان‌پزشکی برای فعالیت در حرفه دندان‌پزشکی موظف است تا ضمن اخذ شماره نظام پزشکی اختصاصی از این سازمان، اطلاعات مربوط به فعالیت حرفه‌ای خود را در اختیار این سازمان قرار داده و مرتباً آن را به‌روزرسانی نماید. با این وصف، چنین به نظر می‌رسد که می‌توان با مراجعه به بانک داده‌های آماری سازمان نظام پزشکی، اطلاعات به‌روز دندان‌پزشکان کشور را استخراج کرد، اما متأسفانه به دلایل زیر دریافت تمام و کمال این اطلاعات ممکن نیست.

دندان‌پزشکان ملزم به ارائه اطلاعات جدید و مرتبط با فعالیت حرفه‌ای خود به بانک اطلاعاتی سازمان نظام پزشکی نیستند؛ به طوری که در این بانک اطلاعاتی، فهرست اسامی دندان‌پزشکان دارای شماره نظام پزشکی که بازنشسته شده یا به خارج از کشور مهاجرت کرده‌اند، وجود ندارد.

با وجودی که تمام دندان‌پزشکان دارای پروانه فعالیت در کشور موظف به ثبت‌نام در شعبه نظام پزشکی محل خدمت خود هستند، در بانک اطلاعاتی ستاد مرکزی این سازمان، مشخصات و محل خدمت این افراد موجود نیست. دو دلیل عمده این امر عبارت‌اند از:

الف) عدم ارسال مناسب این اطلاعات از شهرستان‌ها

ب) عدم ورود این اطلاعات به بانک اطلاعاتی

همچنین بانک اطلاعاتی دندان‌پزشکان دارای پروانه فعالیت، کاستی‌های فراوانی داشت که این کاستی‌ها در مرحله جمع‌آوری مستقیم اطلاعات در نمونه جامعه مورد مطالعه به وفور مشاهده شد. اسامی تعداد قابل‌توجهی از دندان‌پزشکانی که ابراز داشتند سال‌هاست در تهران و شهرستان‌ها پروانه مطب اخذ کرده‌اند، در فهرست دندان‌پزشکان دارای پروانه قید نشده بود.

عدم استفاده از نظام جامع ثبت اطلاعات، سبب شده است تا تفکیک دندان‌پزشکان فعال از سایر دندان‌پزشکان دارای شماره نظام پزشکی در فهرست به درستی قابل انجام نباشد و حتی در دو فایل جداگانه‌ای که معاونت آموزشی و پژوهشی سازمان در یک مقطع زمانی ارائه داده بودند تعداد دندان‌پزشکان یکسان نبود و حتی اطلاعات تعدادی از دندان‌پزشکان در بانک اطلاعاتی افراد دارای پروانه فعالیت وجود داشت، اما اثری از این افراد در بانک‌های اطلاعاتی اصلی نبود.

با توجه به موارد ذکرشده در بالا، چنین برمی‌آید که نمی‌توان با تکیه صرف بر اطلاعات سازمان نظام پزشکی تعداد دندان‌پزشک فعال کشور را برآورد کرد؛ اما با وجود تمام این اشکالات بانک‌های اطلاعاتی تهیه‌شده در این سازمان را نه تنها می‌توان به عنوان یکی از منابع کسب اطلاعات استفاده نمود، بلکه با توجه به وسعت آن، در پژوهش حاضر این

بانک‌ها به عنوان بانک پایه در نظر گرفته شدند و اطلاعات حاصل از منابع دیگر در جهت تکمیل و پیرایش آن به کار رفت.

در کشور ما دفتر سلامت دهان و دندان معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، متولی ارائه خدمات پیشگیری و درمانی دندان‌پزشکی کشور در بخش دولتی و در قالب نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور است و همین نهاد مسئولیت تأمین نیروی انسانی مورد نیاز جهت ارائه خدمت در این زمینه را بر عهده دارد. اطلاعات مربوط به نیروی انسانی دندان‌پزشکان شاغل در نظام شبکه از طریق بانک‌های اطلاعاتی این نهاد استخراج شد. در طی سال‌های اخیر علی‌رغم این که جایگاه این نهاد در تشکیلات ساختاری معاونت بهداشتی تنزل یافته است اما با تلاش پیگیر کارکنان این نهاد، بانک اطلاعاتی نیروی انسانی شاغل در این بخش کاملاً به‌روز است.

همچنین از سایر بانک‌های اطلاعاتی در معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در جهت تکمیل اطلاعات استفاده شد.

با وجود آن که ترکیبی از بانک‌های اطلاعاتی موجود مورد استفاده قرار گرفت، دسترسی به اطلاعات ۵۷ درصد از دندان‌پزشکان مقدور نبود. بنابراین در مرحله بعدی، پژوهشگران مجبور شدند زیرمجموعه‌ای از نمونه‌ها را با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده بر اساس شماره نظام پزشکی انتخاب کنند؛ سپس با تماس مستقیم با این افراد، وضعیت فعالیت حرفه‌ای آن‌ها را مشخص کنند و برای کل نمونه برآورد کنند. با روش تماس مستقیم، ۲۴/۳ درصد از افراد اطلاعات مناسبی در زمینه نحوه فعالیت خود ارائه ندادند.

در مطالعه حاضر نسبت جمعیت به ازای هر دندان‌پزشک به عنوان شاخص در سطح کشور و استان‌ها استفاده شد؛ اما با توجه به این که در بعضی از شهرستان‌ها هیچ دندان‌پزشکی مشغول به خدمت نبود استفاده از این شاخص در سطح شهرستان امکان‌پذیر نبود. بنابراین از فرمول تغییریافته آن با نام «*شاخص تخصیص*» استفاده شد. این شاخص که یکی از شاخص‌های نشانگر توزیع عادلانه نیروی انسانی پزشکی است در حقیقت بیانگر اولویت تخصیصی نیروی بعدی در بین جمعیت‌ها است.

◄ تعداد کل افراد دارای شماره نظام پزشکی

بر اساس اطلاعات به دست آمده از ابتدای تأسیس سازمان نظام پزشکی تا پایان آذرماه سال ۱۳۹۱ از مجموع ۱۳۷ هزار شماره نظام پزشکی ۲۴۴۹۲ دندان‌پزشک، موفق به اخذ شماره نظام پزشکی شدند. گرچه دریافت شماره نظام پزشکی برای فعالیت حرفه‌ای رسمی دندان‌پزشکان ضروری است اما به دلایلی بین زمان دانش‌آموختگی تا دریافت شماره نظام پزشکی گاهی چند ماه فاصله زمانی وجود دارد. در حقیقت می‌توان گفت تعدادی از دانش‌آموختگان علی‌رغم اتمام تحصیلات خود، موفق به دریافت شماره نظام پزشکی نمی‌شوند. همچنین به نظر می‌رسد تعداد این افراد در آذرماه هر سال به حداقل خود می‌رسد زیرا زمان اوج دانش‌آموختگی در فصل تابستان است و فاصله آن تا آذرماه یعنی زمان جمع‌آوری اطلاعات در این بررسی زیاد بود.

◀ تعداد دندان‌پزشکان فعال در زمینه ارائه خدمات سلامت دهان

برای به دست آوردن تعداد دندان‌پزشکان فعال کشور در سال ۱۳۹۱، عواملی که سبب غیرفعال شدن دندان‌پزشکان می‌شود در نظر گرفته شد و از تعداد کل دندان‌پزشکان دارای شماره نظام پزشکی کسر شد. عوامل در نظر گرفته‌شده در این بررسی به شرح زیر است (۱):

■ مرگ

اطلاعات مرگ‌ومیر دندان‌پزشکان در پرونده نظام پزشکی آنان و در بانک اطلاعاتی این سازمان وجود داشت. به کمک جامعه دندان‌پزشکی و پرسش مستقیم از اقوام نمونه گرفته‌شده، صحت اطلاعات مندرج در این زمینه در بانک اطلاعاتی تأیید شد. به طور کلی تا پایان آذرماه ۱۳۹۱ تعداد ۳۷۳ نفر از همکاران دندان‌پزشک فوت‌شده بودند.

■ بازنشستگی و/ یا از کارافتادگی

این پدیده می‌تواند به دو حالت رسمی و/ یا غیررسمی باشد. در نوع رسمی آن فرد به طور کامل فعالیت حرفه‌ای خود را متوقف کرده و عدم فعالیت خود را به سازمان نظام پزشکی کشور گزارش می‌کند (۶). این موارد در بانک اطلاعاتی سازمان نظام پزشکی کشور ثبت شده بود و با استفاده از اطلاعات نمونه‌هایی که با آن‌ها تماس مستقیم برقرار شده بود، تکمیل شد.

در نوع غیررسمی با وجود فعالیت ظاهری محل خدمت (خصوصاً مطب) این مکان به صورت غیررسمی به دندان‌پزشک دیگری واگذار شده است. تعدادی از این موارد در طی تماس مستقیم گزارش شد اما به نظر می‌رسد که تعداد واقعی این موارد بسیار بیشتر از برآورد پژوهشگران است. این حالت در بین فرزندان دندان‌پزشکان که دانش‌آموخته رشته دندان‌پزشکی بوده یا در حال تحصیل در رشته دندان‌پزشکی هستند، بیشتر دیده می‌شود. لازم به ذکر است که این موارد تغییری در شمارش کلی و نتایج حاصله ایجاد نخواهند کرد؛ زیرا به ازای هر عدم گزارش بازنشستگی، یک مورد فعالیت غیرقانونی وجود دارد که در مجموع همدیگر را خنثی می‌کنند.

■ مهاجرت

محاسبه تعداد دندان‌پزشکانی که به خارج از کشور مهاجرت کرده‌اند از طریق تماس مستقیم با نمونه‌ها و تعمیم نتایج به کل جامعه مورد مطالعه، انجام شد. بر این اساس ۲۰۳۷ نفر از دندان‌پزشکان مهاجرت کرده بودند. گرچه تعدادی از مهاجرت‌های گزارش‌شده پس از دوران بازنشستگی اتفاق افتاده است، ولی آمار ارائه‌شده قسمت قابل‌مشاهده کوه یخ مهاجرت است و فقط محدود به افرادی است که به طور کامل از کشور مهاجرت کرده‌اند؛ نحوه اطلاع از این موضوع نیز از طریق تماس مستقیم با دندان‌پزشکان یا خانواده‌های آن‌ها صورت گرفت که افراد ذیل را شامل نمی‌شود:

- ✓ دندان‌پزشکان مهاجری که شماره تماس آن‌ها در خارج از کشور در دسترس نبود یا امکان دسترسی به اقوام ایشان در ایران وجود نداشت.
- ✓ افرادی که از ایران مهاجرت کرده‌اند ولی به هر دلیلی فرد مخاطب مهاجرت ایشان را اعلام نمی‌کرد.
- ✓ دندان‌پزشکانی که به صورت موقت مهاجرت کرده‌اند یا به صورت موقت خارج از کشور زندگی می‌کنند.
- ✓ افرادی که در حال تهیه مقدمات خروج از کشور هستند.

■ ادامه تحصیل

بر اساس اطلاعات دبیرخانه شورای آموزش دندان‌پزشکی و تخصصی کشور تعداد ۱۴۴۱ دندان‌پزشک در حال تحصیل در دوره‌های تخصصی بالینی و/ یا دکترای تخصصی هستند. این افراد موظف‌اند تا به صورت تمام وقت در دانشگاه‌های علوم پزشکی تحصیل کنند ولی تعدادی از این افراد، خارج ساعات اداری، به طور غیررسمی به ارائه خدمات بهداشتی و درمانی می‌پردازند و/ یا در درمانگاه‌های ویژه دانشگاه‌ها فعالیت دارند. از آنجا که آمار درستی از این فعالیت‌های غیرقانونی در دست نیست، در این بررسی این افراد در زمره دندان‌پزشکان فعال در نظر گرفته نشده‌اند.

■ اعضای هیئت‌علمی تمام وقت

بر اساس آمار موجود در دبیرخانه شورای آموزش دندان‌پزشکی کشور، ۸۴۷ نفر از اعضای هیئت‌علمی دانشگاه‌ها به صورت تمام وقت در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مشغول به تدریس هستند. اگرچه تعدادی از این افراد به ارائه خدمات غیرقانونی نیز مشغول هستند ولی اسامی آن‌ها به طور کامل از فهرست دندان‌پزشکان فعال ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی خارج شد. فقط اعضای هیئت‌علمی تمام وقتی که بر اساس مصوبه هیئت امنای دانشگاه متبوع خود، مجوز فعالیت در مطب دریافت کرده بودند، از این قاعده مستثنا شدند.

◄ تعداد دندان‌پزشکان موجود در کشور

این بررسی نشان داد که در آذرماه ۱۳۹۱ در ایران تعداد ۲۱۵۷۶ دندان‌پزشک وجود داشتند و با توجه به جمعیت ایران بدان مفهوم است که به ازای هر ۳۵۲۸ نفر از جمعیت، یک دندان‌پزشک در کشور وجود دارد.

عوامل متعددی در برآورد تعداد مناسب دندان‌پزشک به جمعیت کشور بستگی دارد که این تعداد تابع دو عامل اصلی عرضه و تقاضا است. عامل عرضه خود تابعی از نحوه انجام خدمات دندان‌پزشکی توسط دندان‌پزشکان است و تقاضا نیز شامل نیاز به خدماتی مانند پیشگیری و درمان است، که به شرایط اقتصادی و اجتماعی بستگی دارد و در اثر سیاست‌های حمایتی بهداشتی درمانی به تقاضای مردم به خدمات تبدیل می‌شود. تعدادی از عوامل تأثیرگذار در این مقوله به شرح زیر است:

■ **نیازهای بهداشتی درمانی:** بی‌شک مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر تعداد نیروی انسانی مورد نیاز، خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز مردم است. به طور کلی دو رویکرد اصلی در زمینه برآورد نیروی انسانی بهداشتی درمانی مورد نیاز یک جامعه وجود دارد. در رویکرد اول که می‌توان آن را رویکرد بازار آزاد نامید، تعداد مورد نیاز در حقیقت نقطه تعادل بین دو فرآیند تولید (یا همان ارائه خدمت) و مصرف (یا همان تقاضای خدمت) است که در یک فرآیند دینامیک، تعادل آن توسط بازار آزاد عرضه و تقاضا برقرار می‌شود. اگرچه این رویکرد واقع‌گرایانه است اما هیچ تعهدی نسبت به بهبود وضعیت سلامت جامعه ندارد (۸-۶).

رویکرد دوم رویکردی مبتنی بر نیاز است. در این رویکرد نیروی انسانی مورد نیاز بر اساس کلیه نیازهای بهداشتی درمانی جامعه تعیین می‌شود. در حقیقت فلسفه این رویکرد برعکس رویکرد بازار آزاد، این است که باید به کلیه نیازها پاسخ داد و سیاست‌گذاران باید بستری فراهم کنند که تمامی نیازها به تقاضا تبدیل شوند. گرچه این رویکرد ایده‌آل‌گرایانه است اما عدالت محور و در راستای پاسخ به تمامی نیازهای جامعه است. در حقیقت این رویکرد سیاست‌گذاران را متعهد به بهبود شاخص‌های سلامت کل جامعه می‌سازد و برنامه‌ریزی برای تأمین نیروی انسانی را در راستای پاسخ به این نیاز می‌داند. رویکرد مبتنی بر نیاز، رویکردی مورد تأیید و توصیه‌شده توسط سازمان جهانی بهداشت است (۶).

فارغ از این که تعداد نیروی انسانی مورد نیاز، بر اساس کدام یک از این دو رویکرد تعیین شود، نیاز به انواع خدمات دندان‌پزشکی به عنوان اساس برآورد نیروی انسانی مطرح است. در رویکرد مبتنی بر نیاز، این شاخص به طور مستقیم مبنای محاسبه قرار می‌گیرد و در رویکرد

بازار آزاد، بخشی از آن که تبدیل به تقاضا می‌شود مبنای محاسبه است. علاوه بر حجم خدمات مورد نیاز یا تقاضا، تنوع آن نیز به دو دلیل حائز اهمیت است.

- ✓ نخست ارائه هر خدمت به مدت زمان متفاوتی نیاز دارد.
- ✓ دوم آن که هر دندان‌پزشک برخی از این خدمات را ارائه می‌دهد و قادر به ارائه تمام این خدمات نیستند.

اطلاع از حجم و تنوع نیازها بر مبنای معاینه بالینی و در صورت نیاز پیرا بالینی انجام می‌شود. در کشور ما ایران، بهترین راه تعیین نیاز استفاده از نتایج مطالعات پیمایش کشوری است که در حال حاضر در دست اجرا است.

■ **شرایط اقتصادی:** در رویکرد مبتنی بر بازار آزاد، این عامل مهم‌ترین عامل تبدیل‌کننده نیاز به تقاضا است. به عبارتی در شرایط اقتصادی مناسب میزان بیشتری از نیاز به تقاضا تبدیل می‌شود؛ اما با توجه به وجود درمان‌های متفاوتی که برای یک بیماری وجود دارد، عامل تأثیرگذار در انتخاب روش درمانی در هر دو رویکرد، شرایط اقتصادی است که این تنوع روش درمانی بر حجم خدمات مورد نیاز تأثیر می‌گذارد (۶).

■ **شرایط اجتماعی:** میزان آگاهی افراد جامعه در رویکرد مبتنی بر بازار آزاد، بر میزان تبدیل نیاز به تقاضا تأثیر می‌گذارد. از طرفی آگاهی از اهمیت و استفاده از روش‌های پیشگیری، سبب کاهش نیاز به خدمات درمانی در آینده می‌شود و نیاز به خدمات پیشگیری

را افزایش می‌دهد. همچنین تبلیغ بعضی از روش‌های درمانی همانند ایمپلنت و درمان‌های زیبایی، به خصوص در وسایل ارتباط جمعی، سبب ایجاد تقاضا در این زمینه می‌شود.

■ **سیاست‌های بیمه‌ای و حمایتی:** افزایش سیاست‌های بیمه‌ای و حمایتی نقش بسزایی در تبدیل نیازهای بیشتر به تقاضا دارد. مسلماً هر چه خدمات بیشتری با هزینه کمتر و با گستردگی بیشتر ارائه شود، درصد بیشتری از نیازهای درمانی به تقاضا تبدیل می‌شوند. همچنین سیاست‌گذاری بیمه در جهت ارائه خدمات پیشگیری و یا بسته‌های تشویقی یا تنبیهی مبتنی بر پیشگیری، سبب مراقبت هر چه بیشتر سلامت دهان و کاهش یا تغییر نوع نیازهای درمانی و افزایش تقاضاهای پیشگیرانه می‌شود (۸).

در رویکرد مبتنی بر نیاز، سیاست‌های حمایتی و بیمه‌ای باید به گونه‌ای باشد که تمامی نیازها به تقاضا تبدیل شوند.

■ **ساعات فعالیت دندان‌پزشکی:** در یک نگاه کلی، تعداد دندان‌پزشک مورد نیاز عبارت است از میزان کل ساعات مورد نیاز برای انجام خدمات درمانی تقاضا شده در یک فاصله زمانی مشخص تقسیم بر متوسط ساعت فعالیت حرفه‌ای دندان‌پزشکان در همان زمان است (۸).

میزان متوسط فعالیت دندان‌پزشکان به عوامل مختلفی بستگی دارد. ترکیب سنی و جنسی دندان‌پزشکان، محل فعالیت حرفه‌ای آنان، سلامت جسمانی، وضعیت تأهل، نیاز مالی و

تعرفه‌های خدمت از عواملی است که هم بر تعداد ساعات فعالیت حرفه‌ای دندان‌پزشکان و هم بر تراکم تعداد خدمات ارائه‌شده بر واحد زمان توسط دندان‌پزشک تأثیر می‌گذارند (۷).

■ **متوسط زمان ارائه هر خدمت:** با توجه به تنوع خدمات پیشگیری و درمانی ارائه‌شده توسط دندان‌پزشکان و تفاوت در زمان مورد نیاز برای ارائه این خدمات، محاسبه تعداد نیروی انسانی مورد نیاز یک جمعیت و متوسط زمان ارائه هر خدمت توسط دندان‌پزشکان همان جمعیت ضروری است. این عامل نیز در گذر زمان با تغییر فناوری و تغییر در مشخصات دموگرافیک دندان‌پزشکان متغیر است.

■ **تنوع خدمات درمانی و پیشگیری ارائه‌شده توسط هر دندان‌پزشک:** نوع خدمات دندان‌پزشکی انجام‌شده توسط یک دندان‌پزشک، از یک طرف به عوامل درونی فرد مانند رغبت دندان‌پزشک به ارائه خدمت و/ یا توانمندی او برای انجام آن خدمت بستگی دارد و از طرف دیگر به عوامل بیرونی مانند سیاست‌های تشویقی و/ یا محدودکننده خدمات، وجود نیروهای تخصصی و/ یا حد واسط در کنار دندان‌پزشک، وجود امکانات و وجود تقاضا برای یک فعالیت درمانی یا پیشگیری خاص و/ یا باورهای قومی مذهبی برمی‌گردد (۸-۶).

■ **دسترسی به خدمات دندان‌پزشکی:** هر قدر امکان دسترسی فیزیکی به خدمات دندان‌پزشکی بیشتر باشد، میزان بیشتری از نیاز به تقاضا تبدیل می‌شود. به عبارتی هر چه

تعداد دندان‌پزشکان بیشتر و حوزه آن‌ها متناسب‌تر باشد، تقاضای ارائه خدمت نیز افزایش می‌یابد. گرچه میزان تقاضا تعیین‌کننده تعداد دندان‌پزشک مورد نیاز است اما تغییر در تعداد دندان‌پزشک نیز تا حدی تنظیم‌کننده میزان تقاضا است. پس همواره باید در روند برآورد نیروی انسانی به جای دید مقطعی از روش‌های دینامیک استفاده کرد (۸).

■ **سطح‌بندی ارائه خدمات درمانی و پیشگیری:** یکی از عوامل تأثیرگذار در تعیین تعداد دندان‌پزشک مورد نیاز، تعیین جایگاه دندان‌پزشک در بین سایر سطوح ارائه خدمات سلامت دهان است. در نظام ارائه خدمات سلامت دهان در کشورهای مختلف، این خدمات توسط طیف متفاوتی از انواع نیروهای انسانی تعریف می‌شود (۸-۷).

به طور معمول دندان‌پزشکان در میانه طیف قرار دارند. خدمات تخصصی‌تر توسط متخصصان رشته‌های مختلف و خدمات ساده‌تر توسط نیروهای حد واسط انجام می‌شود. با توجه به این که در اکثر کشورها مرزبندی واضحی بین خدمات عمومی و تخصصی وجود ندارد و با توجه به درصد نسبتاً پایین متخصصان و همچنین نیاز کم به خدمات پیچیده تخصصی، معمولاً در مطالعات برآورد کلی نیروی انسانی، تفاوت زیادی بین دندان‌پزشکان عمومی و متخصص دیده نمی‌شود. در اکثر کشورها بخش قابل‌توجهی از خدمات توسط نیروهای حد واسط انجام می‌شود که این نیروها در کشورهای مختلف با توجه به نیاز، تعاریف و کارکردهای مختلفی دارند:

◄ اول نیروی حد واسط بهداشتی– پیشگیری

تمرکز خدمات این نیروها که با عنوان بین‌المللی Oral Hygienist نامیده می‌شوند، ارائه خدمات پیشگیری است. چهار وظیفه عمده آموزش بهداشت، فلوراید درمانی، جرم‌گیری‌های سطحی و فیشور سیلنت‌تراپی که در اکثر نقاط دنیا به صورت محیطی و پرتابل انجام می‌شوند، بر عهده این گروه است (۷). آموزش این گروه معمولاً در دوره‌های کوتاه مدت دو ساله انجام می‌شود. در ایران نیز برنامه کاردانی بهداشت دهان باهدف تربیت این نیروها طراحی و اجرا شده است. فلسفه به‌کارگیری این نیروها اهمیت ارائه خدمات بهداشتی پیشگیری و انگیزه کم دندان‌پزشکان برای انجام این خدمات است.

◄ دوم نیروی حد واسط درمانی

این نیروها که با نام بین‌المللی Dental Therapist شناخته می‌شوند، در برخی کشورها که مشکل تأمین نیروی انسانی وجود دارد یا گستردگی جغرافیایی بالایی دارند، خدمات ساده‌تر یا اورژانس‌های دندان‌پزشکی در مناطق محروم توسط این گروه انجام می‌شود (۸). در کشور ما نیز در دهه ۱۳۶۰ نیروهایی با عنوان بهداشت کاران دهان و دندان تربیت و در روستاها به

کار گرفته شدند. صرف‌نظر از میزان مفید بودن این طرح در حال حاضر تعداد این نیروها که در حال ارائه خدمات هستند، بسیار معدود است. زیرا اکثر این افراد با استفاده از فرصت قانونی پس از طی دوران تعهد خدمت خود، با گذراندن یک دوره آموزشی، دندان‌پزشک می‌شوند. اگرچه در حال حاضر، فعالیت‌هایی در جهت احیای این گروه از درمانگران انجام می‌شود، اما به نظر نمی‌رسد با توجه به حجم خروجی دندان‌پزشکان دانش‌آموخته و امکان به‌کارگیری آن‌ها بر اساس تعهد خدمت آنان در مناطق محروم، توجیهی منطقی برای تربیت و استفاده از نیروهایی با توانمندی کمتر در این مناطق وجود داشته باشد.

◄ سوم دندان‌سازان یا تکنسین‌های پروتز دندانی

تربیت این گروه در دانشکده‌های دندان‌پزشکی و با گذراندن دوره‌های کاردانی یا کارشناس پروتزهای دندانی باهدف انجام خدمات دندان‌سازی و تهیه انواع پلاک‌های دندانی در آزمایشگاه‌ها و بر اساس قالب‌ها و دستورالعمل‌های دندان‌پزشکان انجام می‌شود. گرچه تعدادی از افراد این گروه نیز به طور غیرقانونی به ارائه خدمات دندان‌پزشکی خصوصاً پروتزهای دندانی می‌پردازند، دخالت این گروه در خدمات درمانی مناطق محروم‌تر و خصوصاً در مناطق زیارتی مشهودتر است.

◄ چهارم افرادی که به صورت تجربی بدون آموزش دانشگاهی به ارائه خدمت مشغول‌اند

در کشور ما، عده‌ای با عنوان بهدار تجربی دندان و کمک دندان‌پزشک تجربی و دندان‌ساز تجربی مشغول به فعالیت هستند. اگرچه بر اساس قانون این گروه مجاز به ارائه خدمات محدودی هستند، اما عملاً به دلیل عدم نظارت مناسب، به درمان‌های پیچیده‌تر نیز اقدام می‌کنند. این گروه علی‌رغم محدودیت در تعداد و با توجه به عدم حضور دندان‌پزشک در مناطق محروم، به نظر می‌رسد سهم قابل‌توجهی از ارائه خدمات درمانی در این مناطق را به عهده‌دارند.

◄ تعداد دندان‌پزشکان فعال در نظام خدمات بهداشتی درمانی

همان‌گونه که ذکر شد در حقیقت به منظور برآورد واقعی دندان‌پزشک فعال در نظام خدمات بهداشتی درمانی باید آن دسته از دندان‌پزشکان را که به صورت تمام وقت و یا پاره‌وقت به خدمات دیگری از جمله خدمات آموزشی می‌پردازند، به تناسب زمانی که برای این‌کار اختصاص می‌دهند از کل تعداد دندان‌پزشکان موجود کسر کرد؛ اما در عمل نمی‌توان برآورد دقیقی از این میزان داشت. در مطالعه حاضر به منظور برآورد دندان‌پزشکان فعال در ارائه خدمات بهداشتی درمانی از تعداد دندان‌پزشکان موجود، آن دسته از افرادی که هر کدام از حالات ذیل در آن‌ها صدق می‌کرد از مطالعه خارج شدند:

✓بازنشستگی

✓دستیاری در دوره تخصصی

✓عضویت تمام وقت هیئت‌علمی دانشگاه

✓ گذراندن طرح نیروی انسانی در مراکز آموزشی پژوهشی

به عبارت دیگر، تمام افرادی که دارای پروانه مطب یا فعالیت در بخش خصوصی و یا دولتی هستند و دندان‌پزشکانی که مشغول گذراندن طرح نیروی انسانی در شبکه بهداشت و درمان کشور هستند به عنوان دندان‌پزشکان فعال در نظر گرفته شدند.

با این حال تعدادی از دندان‌پزشکان نه در گروه اول (افراد غیرفعال در زمینه ارائه خدمات بهداشتی درمانی) و نه گروه دوم (دندان‌پزشکان فعال) قرار نمی‌گیرند، زیرا اطلاعات مرتبط با آن‌ها در هیچ‌کدام از بانک‌های اطلاعاتی مرتبط ثبت نشده بود. به منظور دسترسی به اطلاعات این افراد پس از نمونه‌گیری، تماس مستقیم با افراد نمونه برقرار شد که با این وجود اطلاعات مربوط به ۰/۲۱ درصد از افرادی که با آن‌ها تماس مستقیم حاصل شد، قابل‌دسترس نبود. عدم دسترسی به اطلاعات شامل عدم پاسخ به تماس تلفنی، اظهار بی‌اطلاعی فرد پاسخ‌دهنده از وضعیت دندان‌پزشک و یا عدم پاسخ واضح و مناسب به سؤال در زمینه شیوه فعالیت حرفه‌ای بود.

اگرچه نمی‌توان تصور دقیقی از وضعیت این افراد داشت، اما با توجه به سایر پاسخ‌ها می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که بیشتر دندان‌پزشکان مسن به دلایلی چون مرگ، بازنشستگی و یا مهاجرت فعالیت ندارند. در مورد دندان‌پزشکان باسابقه ۵ تا ۱۵ ساله، علل عمده بی‌پاسخی در آن‌ها می‌تواند دو علت مهاجرت و یا فعالیت غیرقانونی (بدون پروانه) باشد و در گروه

دانش‌آموختگان اخیر نیز عموماً علت اصلی آن، آماده‌سازی برای امتحان دستیاری تخصصی یا اقدام برای مهاجرت باشد.

مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده عدم پاسخگویی در این مطالعه، می‌تواند عدم وجود سیاست‌های دقیق ثبت فعالیت حرفه‌ای دندان‌پزشکان باشد. در کشورهایی که فعالیت نظارتی بیشتری بر ارائه خدمات بهداشتی درمانی وجود دارد، ثبت فعالیت حرفه‌ای نیز با دقت بیشتری انجام می‌شود و البته در کشورهایی که نظام ارائه خدمات در آن‌ها بیشتر از طریق نظام‌های بیمه‌ای و دولتی ارائه می‌شود مانند کشورهای اسکاندیناوی و استرالیا ثبت تعداد دندان‌پزشکان فعال و توزیع آن‌ها با دقت بیشتری صورت می‌گیرد.

◄ پیش‌بینی تعداد دندان‌پزشکان تا سال ۱۴۰۰

با توجه به روند رو به رشد تأسیس دانشکده‌های دندان‌پزشکی در کشور از ۱۸ دانشکده در سال ۱۳۸۴ به ۵۲ دانشکده در سال ۱۳۹۲ و با توجه به تقاضای روزافزون برای تأسیس رشته دندان‌پزشکی در سایر دانشگاه‌های کشور و رشد متوسط سالیانه ۸/۱۲ درصد در تعداد دانش‌آموختگان این رشته، سبب شده است تا متوسط جمعیت دندان‌پزشکان کشور رشد متوسط سالیانه ۵/۸۲ درصد را طی ده سال آتی تجربه کند. لازم به ذکر است در صورت عدم تغییر سیاست‌ها این روند رو به رشد به صورت سالیانه افزایش خواهد یافت. درصورتی‌که میزان رشد دندان‌پزشکان کشور در سال ۱۳۹۳ نسبت به سال قبل ۵/۱۸ درصد و در سال ۱۴۰۰ نسبت به سال قبل آن ۶/۳۹ درصد برآورد می‌شود.

چنین رشدی با توجه به میزان رشد جمعیت کشور سبب می‌شود تا نسبت جمعیت به دندان‌پزشک به صورت قابل‌ملاحظه‌ای کاهش یابد تا جایی که در سال ۱۴۰۰ این نسبت حتی از نسبت جمعیت به دندان‌پزشک در کشورهایی که خدمات دندان‌پزشکی در آن‌ها عمدتاً در قالب خدمات دولتی ارائه می‌شود و تقریباً تمام نیازهای درمانی آن‌ها به تقاضا تبدیل می‌شود نیز کمتر باشد.

با وجود هزینه‌های بسیار زیاد تربیت یک دندان‌پزشک برای کشور، افزایش تعداد دندان‌پزشک به هیچ عنوان تضمین‌کننده سلامت بهتر دهان برای افراد جامعه نیست؛ زیرا این امر به معنی دسترسی بهتر به خدمات بهداشتی درمانی مناسب‌تر نیست. حتی حمایت مالی کامل از خدمات درمانی نیز شاخص‌های سلامت دهان جوامع بهبود نبخشیده است. بهبود شاخص‌های سلامت دهان متعاقب پیاده‌سازی برنامه جامع سلامت دهان با تکیه بیشتر بر خدمات پیشگیری خصوصاً در گروه‌های هدف خاص و مراقبت‌های دوره‌ای امکان‌پذیر است. بنابراین اکیداً توصیه می‌شود تا با اجرای کامل طرح نیازسنجی به سرعت در جهت تنظیم تعداد نیروی انسانی مورد نیاز بکوشیم.

از طرفی افزایش بیش از حد نیاز تعداد دندان‌پزشکان، خود سبب ایجاد تقاضای کاذب و القای درمانی می‌شود که خطرات بسیاری برای سلامت افراد جامعه در بردارد.

با توجه به رشد روزافزون تعداد دانش‌آموختگان علاوه بر افزایش ظاهری تعداد دندان‌پزشکان و تغییر در ترکیب سنی این جمعیت، تعداد متوسط ساعات ارائه خدمت نیز افزایش خواهد یافت.

از دیگر معایب افزایش دانشکده‌های دندان‌پزشکی کاهش توانمندی کیفی دانش‌آموختگان خصوصاً در دانشکده‌های تازه تأسیس است چرا که نمی‌توان همگام با سرعت رشد این دانشکده‌ها اعضای هیئت‌علمی باصلاحیت را برای آموزش مناسب دانشجویان تأمین کرد.

◄ ترکیب جنسی

نسبت دندان‌پزشک مرد به زن در کشور از ۵/۱۲ در سال ۱۳۷۰ به ۰/۷۹ در سال ۱۳۹۱ رسیده است و با توجه به ترکیب جنسی دانشجویان دندان‌پزشکی، نسبت زنان دندان‌پزشک در حال افزایش است. این تغییر در ترکیب جنسی در اکثر کشورهای دنیا مشاهده می‌شود، به گونه‌ای که در بعضی کشورها به عنوان یک چالش جدی مطرح شده است. از مهم‌ترین نکات مطرح‌شده در این زمینه محدودیت بیشتر زنان در ارائه خدمات بهداشتی درمانی به دلیل تعداد ساعات کاری کمتر و نیاز به مرخصی‌های بیشتر به دلیل وظایف مادری و همسر داری و عدم امکان به‌کارگیری ایشان در مناطق محروم‌تر است (۹).

◄ توزیع جغرافیایی نیروی انسانی

بنا به اظهارات مسئولان نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور، در حال حاضر تقاضای بسیاری برای ارائه خدمات دندان‌پزشکی در نقاط مختلف کشور بدون پاسخ مانده است. با توجه به

نتایج حاصل از مطالعه می‌توان دریافت، معضل اصلی کشور ما در متوسط تعداد دندان‌پزشک به جمعیت نیست، بلکه در توزیع نیروی انسانی است.

نتایج مطالعه نشان داد که بین استان‌های مختلف کشور (به جز چند مورد استثنا) نسبت جمعیت به دندان‌پزشک تفاوت چندانی ندارند اما وقتی نسبت جمعیت به دندان‌پزشک در سطح شهرستان‌ها محاسبه شد، عدم توزیع متناسب به شدت به چشم می‌خورد و این مشکل زمانی محسوس‌تر می‌شود که بدانیم اکثریت قریب به اتفاق دندان‌پزشکانی که به طور غیرقانونی به ارائه خدمت می‌پردازند در شهرهای بزرگ فعالیت دارند. این امر در درجه نخست به علت جاذبه مالی بیشتر فعالیت در این شهرها است، دوم آن که امکان فعالیت غیرقانونی در شهرهای بزرگ به دلیل عدم امکان نظارت کامل بیشتر است و آخر آن که همین افراد می‌توانند به طور قانونی و بدون پیش‌نیازی در شهرهای کوچک‌تر خدمت ارائه دهند و اصولاً ارائه خدمات دندان‌پزشکی در شهرهای کوچک‌تر به صورت غیرقانونی معنا ندارد.

از آنجا که تعداد جمعیت به دندان‌پزشک در ایران در مقایسه با سایر کشورها متناسب است، بایستی تمامی تلاش‌ها در جهت برنامه‌ریزی به منظور توزیع مناسب‌تر نیروی انسانی دندان‌پزشک در کشور باشد (۱۳-۷). عمده این تدابیر و اقدامات بایستی در زمان جذب دانشجو، دانش‌آموختگی و سال‌های پس از آن انجام شوند.

در این زمینه سیاست‌های مختلفی در کشور در حال اجرا است که شامل موارد زیر می‌باشد:

✓ دانشجویان بومی تعهد خاص استانی

درصدی از دانشجویان بومی هر استان، دو برابر زمان تحصیل خود متعهد به خدمت در مراکز دولتی استانی محل تحصیل خود هستند و عده‌ای نیز بدون داشتن هرگونه تعهد، دانش‌آموخته رشته دندان‌پزشکی می‌باشند. متأسفانه به دلیل عدم وجود نظام ثبت اطلاعات مرکزی و عدم هماهنگی سازمان‌های مسئول در پیگیری این امر، درصد قابل‌توجهی از این افراد در محل خدمت خود حاضر نمی‌شوند و حتی در صورت حضور، از آنجا که تعهد آن‌ها استانی است در نقاط برخوردارتر استان ارائه خدمت می‌کنند، با توجه به نتایج مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود تا نخست با استفاده از بانک اطلاعاتی موجود، تعهد خاص استانی به تعهد خاص شهرستانی تغییر یابد و دوم آن که دستگاه‌های ذی‌ربط در امر آموزش با هماهنگی هم این نیروها را بکار گیرند تا موجب شود آن‌ها به تعهداتشان عمل نمایند. در این میان وظیفه معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارائه اطلاعات دقیق و به‌روز این عده از دانش‌آموختگان به دانشگاه‌های علوم پزشکی محل تعهدشان است و وظیفه معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور پیگیری در جهت به‌کارگیری مناسب این نیروها است. سازمان نظام پزشکی کشور نیز باید از ارائه پروانه خدمت در سایر نقاط کشور به افراد دارای تعهد خدمت خودداری نماید.

✓ دانشجویان سهمیه مناطق ۲و۳

این دسته از دانشجویان متعهد به خدمت در بخش خصوصی یا دولتی در استان بومی خود هستند، اما با توجه به خلأ قانونی، اکثریت قریب به اتفاق این افراد به راحتی گواهی عدم

نیاز دریافت می‌کنند. به نظر می‌رسد در مورد این افراد علاوه بر اقدامات مورد نیاز برای گروه قبل تصحیح قوانین صدور گواهی عدم نیاز به خدمت نیز نیازمند تغییرات جدی است.

✓ سایر دانشجویان

دانشجویانی که در دو گروه فوق قرار ندارند نیز موظف به گذراندن طرح نیروی انسـانی و یـا حضور در نقاط غیر برخوردار برای تکمیل امتیـازات اخـذ پروانـه مطـب هسـتند؛ امـا شـاید مهم‌ترین مشکل عدم حضور فیزیکی ایشان علی‌رغم اعلام حضور رسمی یا عدم کـارایی ایـن افراد در محل خدمت است. برای رفع این مشکلات باید همزمان نظارت بر حضور فیزیکـی و کیفیت کار آن‌ها افزایش یابد که این امر بایستی به صورت هماهنگ در سراسر کشور صورت پذیرد و سیاست‌های تشویقی چون پرداخت حق کارانه مناسب به منظور افـزایش کارآمـدی آن‌ها منظور شود.

به طور کلی باید گفت اگر در پی آن هستیم که دندان‌پزشکان در منـاطق محـروم بـه ارائـه خدمت بپردازند باید بسترها و مشوق‌هایی برای آن در نظر گرفت. در ایـن میـان مهـم‌تـرین چالش، تدوین و اجرای سیاست‌هایی است کـه تمـام ذی‌نفعـان در داخـل و خـارج از وزارت بهداشت، خود را موظف به اجرای آن بدانند. مسـلماً سیاسـت بـازار آزاد عرضـه و تقاضـا در مناطق محروم به شکست می‌انجامد، زیرا با توجه به جاذبه‌های خدمت در شهرهای بزرگ‌تـر و عدم تبدیل نیازهای درمانی به تقاضا به دلیـل ملاحظـات اقتصـادی، هـیچ دنـدان‌پزشـکی

تمایل به خدمت در آن مناطق را ندارد (۱۴). پس نخست باید فضای فیزیکی ارائه خدمت فراهم شود و دوم مشوق‌هایی برای مراجعه بیماران و ماندگاری دندان‌پزشکان در آن مناطق در نظر گرفت. در حال حاضر در بسیاری از مراکز خدمات بهداشتی درمانی شهری و روستایی یونیت‌های خالی وجود دارد اما دندان‌پزشکان علاقه به ارائه خدمت در آنجا ندارند. از دیدگاه متولیان نظام شبکه، دندان‌پزشکان نیروهای ناکارآمد و گران‌قیمت برای ارائه خدمت در مناطق محروم هستند و آن‌ها به شدت در پی ارائه خدمات توسط نیروهای حد واسط هستند. این دیدگاه بیش از آن که واقعی باشد، حاکی از عدم آشنایی سیاست‌گذاران شبکه با علوم دندان‌پزشکی است. پژوهشگران بر این باورند اگر در نظام شبکه و خصوصاً نظام در حال اجرای پزشک خانواده، برای دندان‌پزشکان نیز تسهیلاتی در حد پزشک عمومی فراهم شود مشکل موجود تا حد زیادی بر طرف خواهد شد.

فصل ششم
نتیجه‌گیری

نتیجه‌گیری

- ✓ یافته‌های این مطالعه بیانگر وضعیت کنونی و دهه آتی نیروی انسانی دندان‌پزشک کشور است. با ترسیم وضعیت مطلوب و به کمک مطالعات تکمیلی می‌توان برای از بین بردن فاصله بین وضعیت موجود و وضعیت مطلوب برنامه‌ریزی کرد. در این راستا و با توجه به نتایج مطالعه حاضر نکات ذیل از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.
- ✓ اگر در یک نگاه کلی تا سال ۱۴۰۰ آمار تعداد دندان‌پزشکان موجود در ایران با سایر کشورها مقایسه شود، مشاهده می‌شود که در ایران نسبت به اکثر کشورهای جهان دندان‌پزشک بیشتری وجود دارد.
- ✓ تعیین نسبت مطلوب دندان‌پزشک به جمعیت در هر کشور و در هر زمان به عوامل متعددی بستگی دارد. ارزیابی نسبت مطلوب در کشور ما بر اساس نظریه‌های مختلف و با توجه به سیاست‌های متفاوت قابل برنامه‌ریزی است که این امر نیاز به مطالعات وسیع بعدی دارد که ضرورت انجام هر چه سریع‌تر آن بر هیچ‌کسی پوشیده نیست.
- ✓ به موازات تأمین نیروی انسانی مورد نیاز، بایستی سیاست‌های ارائه خدمات پیشگیرانه و درمانی به طور کلی بازنگری شوند و با هماهنگی تمامی دستگاه‌های ذی‌ربط اعتبارات به روش مناسب‌تری تخصیص یابند؛ به عبارت بهتر به جای تأمین اعتبار برای ساخت دانشکده‌هایی که به رغم هزینه‌های هنگفت، ضرر وجودشان بیش از منفعت آن‌ها است

بایستی مسیر مورد نظر به سمت تأمین اعتبار برنامه‌های جامع سلامت دهـان تغییـر جهـت یابد. در این راستا لازم است تا نظام جامع ارائه خدمات سلامت دهان با حضور نمایندگانی از طرف تمامی ذی‌نفعان و با توجـه بـه اسـناد بالادسـتی تـدوین و همـه تـلاش‌هـا در جهـت پیاده‌سازی آن به کار رود.

✓ با توجه به توزیع ناعادلانه نیروی انسانی موجود باید هرچه سریع‌تر تمـامی تـلاش‌هـا بـه صورت هماهنگ در جهت جذب هدفمند افراد در رشته دندان‌پزشکی و به‌کارگیری آن‌ها در مناطق محروم‌تر صورت پذیرد.

✓ تمامی فعالیت‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در زمینه تربیت و به‌کارگیری نیروی انسـانی دندان‌پزشکی در کمیته‌ای واحد متشکل از تمام ذی‌نفعان و بر اساس برنامـه جـامع سـلامت دهان اشاره‌شده در بند ۳ فوق‌الذکر انجام شود و دسـتگاه‌هـای ذی‌ربـط موظـف بـه اجـرای تصمیمات کمیته باشند.

◄ کار بست نتایج

مطالعه حاضر باهدف ارزیابی وضعیت موجود نیروی انسانی دندان‌پزشک طراحی و اجرا شـد. که با استفاده از نتایج مطالعه حاضر و با طراحی بانک اطلاعاتی پویا از دندان‌پزشکان کشـور، امکان پیگیری و توزیع نیروی انسانی دندان‌پزشک کشور در سطح خرد و کلان وجود خواهد داشت. این بانک اطلاعـاتی مـی‌توانـد در اختیـار سیاسـت‌گـذاران قـرار گیـرد تـا در جهـت تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد عمل کنند.

دبیرخانه آموزش دندان‌پزشکی کشور با استفاده از این بانک اطلاعاتی می‌تواند برنامه‌ریزی مناسب‌تری در جهت تعیین سهمیه‌های متعهد خاص خدمت در نقاط مورد نیاز انجام دهد. همچنین با توجه به برون‌ده‌های این بانک اطلاعاتی و در صورت انجام مطالعات فاز نیازسنجی، این دبیرخانه می‌تواند به صورت پویا و بر مبنای نیاز، ظرفیت پذیرش دانشجویان در دانشگاه‌ها را اصلاح کند.

معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌تواند با شناسایی مناطق اولویت‌دار از طریق طرح نیروی انسانی کوتاه مدت به تأمین نیروی انسانی مورد نیاز بپردازد.

در حال حاضر کمیته‌ای با نام کمیته مطالعات و جایابی نیروی انسانی دندان‌پزشکی کشور در دبیرخانه آموزش دندان‌پزشکی وجود دارد. با فعالیت دوره جدید این کمیته نتایج این مطالعه می‌تواند مبنای تصمیم‌گیری این کمیته در زمینه سیاست‌گذاری و تأمین نیروی انسانی مورد نیاز باشد. لازم به ذکر است کمیته در مرحله جدید با افزودن نماینده‌هایی از سایر ادارات ذی‌ربط از جمله دفتر سلامت دهان معاونت بهداشتی و دفتر حقوقی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی در حال ایجاد بستری مناسب برای فعالیت هماهنگ در زمینه نیروی انسانی دندان‌پزشکی در کلیه سطوح است.

از دیگر نکات مهم در زمینه تربیت دندان‌پزشک، برنامه‌ریزی برای تربیت نیروهای کمکی خصوصاً دندان‌سازان و دستیاران دندان‌پزشکی متناسب با رشد تعداد دندان‌پزشکان است تا بتوان زمینه بهتری را برای ارائه خدمات توسط دندان‌پزشکان فراهم کرد.

منابع

1. Mitchell AD, Bossert TJ, Yip W, Mollahaliloglu S, Health worker densities and immunization coverage in Turkey: a panel data analysis, Human Resources for Health 2008, 6:29.

2. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, Cueto M, Dare L, Dussault G, Elzinga G, Fee E, Habte D, Hanvoravongchai P, Jacobs M,Kurowski C, Michael S, Pablos-Mendez A, Sewankambo N, Solimano G, Stilwell B, de Waal A, Wibulpolprasert S, Human resources for health: overcoming the crisis, Lancet. 2004 Nov 27-Dec 3;364(9449):1984-90.

3. Frankenberg E, The effects of access to health care on infant mortality in Indonesia, Health Transition Review 5, 1995, 143 – 163.

4. Anand S, Bärnighausen T., Human resources and health outcomes: cross-country econometric study, Lancet. 2004 Oct 30-Nov 5;364(9445):1603-9.

5. Aakvik A, Holmås TH, Access to primary health care and health outcomes: the relationships between GP characteristics and mortality rates, J Health Econ. 2006 Nov;25(6):1139-53.

6. The World Health Report, Working together for health, 2006

7. National Health Services, An analysis of dental workforce in Scotland 2010:32-53.

8. Robinson PG, Patrick A, Newton T. Modelling the dental workforce supply in England.The university of Scheffild report, 2012:9-22.

9. Reed MJ, Corry AM, LiuYW.The role of women in dental education: monitoring the pipeline to leadership. J Dent Educ 2012; 76(11): 1427-36.

10. Treasure E. Dental workforce issues in United Kingdom. J Dent Educ 2004: 76(7suppl):23-5.

11. Tandon S. Challenges to the oral health workfoce in India. J Dent Educ 2004: 76(7suppl):28-32.

12. Krause D, Frate DA, May WL.Demographic and distribution of dentisis in Mississipi. J Am Dent Assoc 2005 May; 136(5): 668-679.

13. Guay AH. Access to dental care the triad of essential factors in access to care programs. J Am Dent Assoc 2004 June; 135(4):779-85.

۱۴.شریعتی بتول، فرزدی فرانک، اشراقیان محمد رضا، حسینی تودشکی حسن، پیله رودی سیروس، یزدی اسماعیل. تعداد دندان‌پزشک عمومی مورد نیاز کشور در جمهوری اسلامی ایران. مجله حکیم دوره سوم، پاییز، ۱۳۷۹: ۲۴۳-۲۵۰